

---

# 1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR

---

**Tema 2 - Regulação Assistencial na Saúde Suplementar**

## **3º Lugar**

Impacto da atenção primária desenvolvida por uma cooperativa de saúde privada em um município do estado de Minas Gerais/Brasil.

Autores:

**Clebio Dean Martins** (representante),  
**Carolina Baraldi Araújo Restini** e  
**Rodrigo de Oliveira Plotze**

1º Prêmio ANS: Concurso de Monografia sobre Saúde Suplementar

## REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

IMPACTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DESENVOLVIDA POR  
UMA COOPERATIVA DE SAÚDE PRIVADA EM UM MUNICÍPIO  
DO ESTADO DE MINAS GERAIS/BRASIL

## **Impacto da Atenção Primária Desenvolvida por uma Cooperativa de Saúde Privada em um Município do Estado de Minas Gerais/Brasil.**

Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no Brasil resultaram em mudanças do perfil de morbidade e de mortalidade da população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Desta forma, o modelo de Atenção Primária, se apresenta como ferramenta importante para promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste sentido, este modelo visa estimular a promoção da autonomia no exercício de comportamentos saudáveis. Este estudo, teve como objetivo identificar o programa de Medicina Preventiva da maior operadora de planos de saúde no Brasil como estratégia estimuladora de mudanças no estilo de vida de clientes empresariais, sob a ótica da autonomia. Tratou-se de estudo observacional de caráter retrospectivo, direcionado aos colaboradores assistidos pela cooperativa de planos de saúde privada aos clientes empresariais em um Município do Estado de Minas Gerais/Brasil. O procedimento de coleta de dados ocorreu por meio de dados do prontuário de 401 colaboradores que estavam em acompanhamento nas empresas, entre fevereiro a outubro de 2015. Foram analisadas as variáveis: perfil sociodemográfico, hábitos de vida, história familiar e dados antropométricos, antes e após acompanhamento e intervenção por parte da equipe da Medicina Preventiva para classificação de risco à saúde quanto às doenças DCNT e mudança de estilo de vida. A maior parte, 208 colaboradores eram do sexo feminino (51,87%). Antes da intervenção, 213 (53,12%) colaboradores foram classificados em médio risco e 188 (46,88%) em alto risco e nenhum em baixo risco, porém após intervenção, 194 (48,38%) colaboradores foram classificados em médio risco, 190 (47,38%) em alto risco e, 17 (4,24%) em baixo risco. Em relação aos níveis pressóricos, 107 (26,8%) dos colaboradores apresentaram, antes da intervenção pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg; e após a intervenção, 13 (15,9%) diminuíram a pressão arterial com mudança no estilo de vida e 38 (35,5%) dos colaboradores atingiram as metas com o uso correto de medicamentos. No que se refere ao tabagismo, 41 (10,2%) eram fumantes ativos e 12 (29,3%) abandonaram o tabagismo após a intervenção. 243 (60,6%) colaboradores eram sedentários, destes, 106 (43,6%) iniciaram atividade física através de estímulos e orientações individualizadas. Dos 401 colaboradores analisados, 305 (76,1%) eram portadores de sobrepeso ou obesidade; após a intervenção 140 (45,9%) reduziram o peso consideravelmente. Os resultados demonstraram a importância da abordagem multiprofissional nos moldes da promoção da saúde e prevenção de doenças após colaboradores empresariais, pois os indivíduos desenvolvem habilidades favoráveis à saúde após suas decisões, contribuindo para autonomia na busca por saúde e melhor qualidade de vida.

**Descritores:** Doença Crônica. Promoção da saúde. Prevenção de doenças. Estilo de Vida. Educação em Saúde. Atenção Primária.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>8</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS.....	34
4.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE MEDICINA PREVENTIVA ANTES DA INTERVENÇÃO.....	38
4.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	40
4.4 SEDENTARISMO.....	48
4.5 SOBREPESO E OBESIDADE.....	55
4.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE MEDICINA PREVENTIVA APÓS A INTERVENÇÃO.....	61
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO I – FORMULÁRIO PRATIQUE SAÚDE.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO II – PRONTUÁRIO PRATIQUE SAÚDE.....</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No final do século XIX e início do século XX, as doenças infecciosas e parasitárias representavam uma ameaça à economia mundial e à sobrevivência da espécie humana.

O “Relatório Flexner”, publicado pela fundação Carnegie em 1910, propôs soluções de mudanças da medicina para uma que possua um modelo científico (PAGLIOSA, 2008). Dessa forma, é inegável salientar que o conhecimento científico aliado à prática médica sanitária permitiu o controle das epidemias e a melhoria das condições de vida da população.

No entanto, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no país, que resultam em mudanças do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Nesta conjuntura surgiu o modelo de Atenção Primária, com abordagens de promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste contexto, as equipes de saúde deparam-se com um paradigma: a busca pela saúde.

Diante desta necessidade, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo o cuidado integral, na promoção do desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, visando a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

Porém, a proposta que as equipes de saúde seguem é, segundo Giovanella et al. (2008), aceitar o desafio de investigar a melhor combinação de tecnologias e abordagens para a solução de problemas, com propósito de atender integralmente as necessidades individuais e coletivas nos distintos territórios do país.

Apropriando-se desta fundamentação científica, percebe-se que os profissionais devem buscar condições e práticas educativas para responder às necessidades de saúde da população.

Por outro lado, muitas das vezes o indivíduo é influenciado pela mídia, o que interfere negativamente na estruturação equilibrada para manter um estilo de vida saudável.

Assim, torna-se importante a busca por saúde e a elaboração de alternativas para que indivíduos e coletividades possam aceitar desafios de mudanças do estilo de vida. A sistematização de ferramentas necessárias para esta nova abordagem representa uma abordagem factível para o desenvolvimento deste novo modelo de atenção à saúde.

Com o propósito de responder a tais questões, a Unimed do município do interior de Minas Gerais/Brasil criou em março de 2008, o Departamento de Medicina Preventiva, composto por equipe multiprofissional (Enfermeiros, Técnico de enfermagem, Médico, Nutricionista e Educador Físico), que emprega o atendimento individual personalizado aos clientes empresariais, além de oferecer por meio de ferramentas lúdicas e interativas: musicoterapia, massagem, relaxamento, laboratório de nutrição, ginástica e grupos operativos.

Tais ações interprofissionais visam compreender o processo saúde-doença em suas distintas dimensões, e permitem identificar a prevalência de DCNT e os

fatores de risco modificáveis e não modificáveis, na busca por estilo de vida saudável com consequente melhora na qualidade de vida.

Embora a transição demográfica seja inevitável, a busca por promoção da saúde e estilo de vida saudável na vida adulta produtiva torna o envelhecimento saudável e diminui os riscos de DCNT (MARTINS, 2013).

O ambiente de trabalho é um espaço privilegiado para as ações de educação em saúde, pois é o espaço organizacional que o indivíduo passa grande parte do seu dia e onde deve receber orientações voltadas para a promoção e proteção à saúde (CAVALCANTE et al., 2008).

É fundamental a elaboração e implantação de programas voltados ao trabalhador, nos modelos de promoção da saúde a fim de identificar precocemente o dano e ou controlar a exposição do indivíduo ao agente causal em um dado ambiente. Evitando assim, que os indivíduos se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças, além de, desenvolver e incentivar condutas adequadas para promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde (PACHECO; OLIVEIRA, 2012).

O perfil de morbimortalidade da população Brasileira associado à transição demográfica, epidemiológica e nutricional, além do elevado aumento dos custos na assistência à saúde e o modelo assistencial vigente têm favorecido uma nova forma de organização no atendimento prestado por parte das operadoras de planos de saúde aos usuários.

Neste sentido, capacitar os colaboradores empresariais para atuarem na melhoria do estilo de vida, para promoção da saúde e o seu próprio bem-estar é um desafio em todos os níveis de atenção à saúde.

O estímulo sistematizado, por meio de programas de Medicina

Preventiva, vinculado a seguradoras de saúde tem potencial para promover a autonomia, exercitar comportamentos saudáveis e pode alavancar estratégias duradouras tanto do ponto de vista da atuação da equipe multidisciplinar, quanto das ferramentas a serem utilizadas no processo de construção da busca e manutenção da qualidade de vida dos clientes empresariais.

Ações multidisciplinares, desempenhadas por equipe de Medicina Preventiva de operadoras de saúde, apresentam potencial para instituir mudanças no estilo de vida de seus clientes com vistas ao alcance de bem-estar e melhor qualidade de vida.

O trabalho tem como objetivo geral Identificar o programa de Medicina Preventiva da Unimed no interior de Minas Gerais/Brasil como estratégia estimuladora de mudanças no estilo de vida de colaboradores empresariais, sob a ótica da autonomia.

O trabalho também tem como objetivo específico Apresentar a metodologia educativa e a sua ação na autonomia e consciência crítica dos colaboradores, utilizada no programa de Medicina Preventiva; Descrever as ações e ferramentas utilizadas por parte dos colaboradores de empresas em da cooperativa que favorecem mudanças desejáveis no estilo de vida frente aos estímulos da equipe multiprofissional; Identificar a importância da equipe multiprofissional como elemento indutor do estilo de vida saudável e aderência ao acompanhamento dos colaboradores avaliados.



## 2 DESENVOLVIMENTO

O processo de transição epidemiológica no desenvolvimento da equipe multidisciplinar teve início no século XV, quando ocorreu a reforma religiosa e a renascença, sendo acompanhado por transformações econômicas fundamentais, assinalando a transição da economia estática dos fins da Idade Média para o dinâmico regime capitalista, ocorrido em meados do século XIX (GEOVANINI et al., 2005).

Nesta época classificada como era moderna, as cidades enfrentavam crescimento territorial e econômico desordenado dos centros urbanos, ocasionado pela revolução industrial, no qual produziu um deslocamento da população do campo para a cidade, atraídas por empregos nas fábricas. A revolução industrial e urbanização levaram a população às habitações precárias e deficientes, em condições críticas de aglomerações, com alimentação deficiente e, portanto, susceptível a doenças transmissíveis e carências (PEREIRA, 2008).

O avanço da medicina científica e da disciplinarização, que conforme Foucault apud Geovanini et al. (2005, p.24), “[...] é garantida nesta fase pelo controle sobre o desenvolvimento das ações, pela distribuição espacial dos indivíduos no interior do hospital e pela vigilância perpétua e constante destes”.

Ainda de acordo Pereira (2008), no final do século XX, houve um declínio das taxas de mortalidade devido as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e, em especial, às Doenças Transmissíveis, para as quais se dispõe de medidas de prevenção e controle, mediante a urbanização e melhoria das condições de vida e um aumento considerável de doenças crônico-degenerativas.

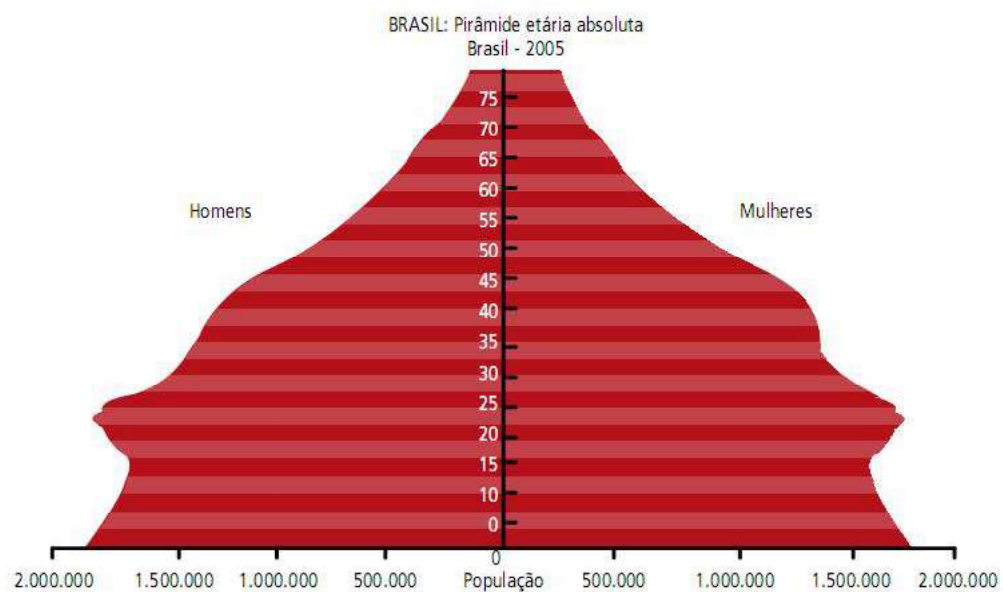
A mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, em 1930, era

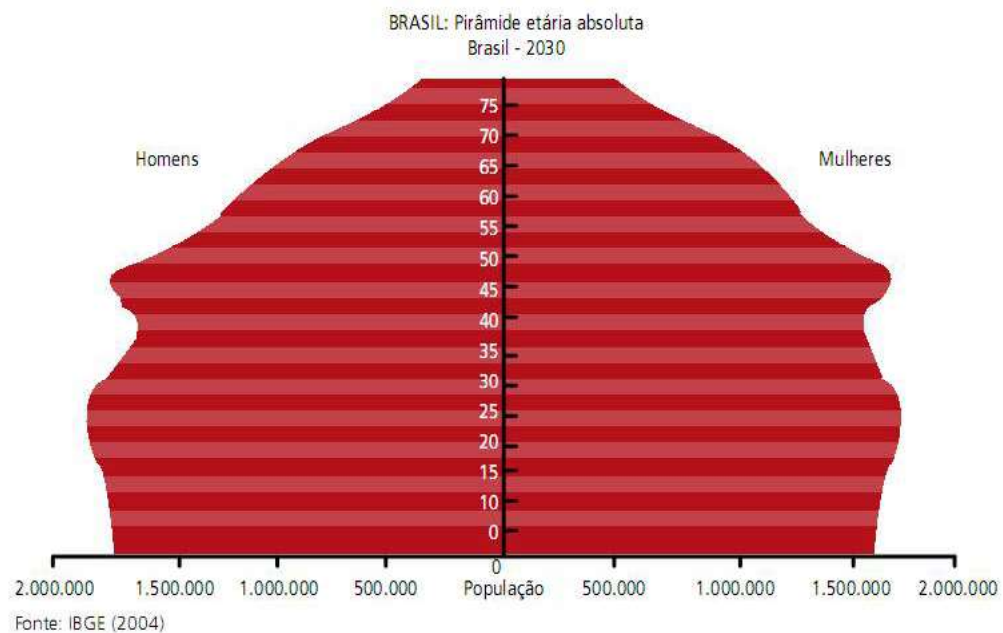
responsável por 45,7% de todos os óbitos do país. Em 1980, esse percentual era de 9,3% e, no ano de 2006, já se encontrava em 4,9% (DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS, 2010, p.17).

Schmidt et al. (2011) salientam que, em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive, doenças renais).

Entre os fatores determinantes para o aumento das DCNT estão as mudanças demográficas.

**Figura 1 - Pirâmides etárias da população brasileira, anos 2005 e 2030.**





**Fonte: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em: 13 de maio de 2016.**

Uma população em processo rápido e envelhecimento significam um crescente incremento de DCNT, pois elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2011).

Neste sentido, está a necessidade do trabalho de equipe multiprofissional para implantação de orientações e sensibilização da população para uma possível conscientização em prol de uma mudança no estilo de vida.

Dentro desta estratégia, está a mudança do modelo assistencial, que antes voltado para o tratamento de doenças, passa a ser direcionado para as medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, com propósito de estimular a cura, reabilitação e a inserção do indivíduo na comunidade (GEOVANINI et al., 2005).

Pode-se presumir, portanto, que, a prática profissional na promoção de saúde tenha como objetivo ampliar a capacidade das pessoas de agirem sobre

os determinantes de sua saúde e, portanto, fortalecer a autonomia do indivíduo, que torna o envelhecimento saudável (FERREIRA, 2009).

“Esta avaliação crítica da prática vai revelando a necessidade de uma série de virtudes ou qualidades sem as quais não é possível sem ela, a avaliação, nem tampouco o respeito do educando” (FREIRE, 1996, p. 33).

Em relação ao Sistema de Saúde Brasileiro (SUS), a constituição Federal de 1988 instituiu no seu artigo 198, retratando que as ações e serviços públicos de saúde deveriam passar a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com diretrizes preestabelecidas (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Esta definição conceitual cria o SUS, que na Lei nº 8080, art. 2º:

§ 1º O dever do estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Esta Lei Orgânica da Saúde especifica as atribuições e a organização do SUS, como um complexo sistema de rede de prestadores e compradores que competem entre si e gera uma combinação pública privada financiada, sobretudo, por recursos privados (PAIM et al., 2011).

Corroborando com a definição da lei orgânica, a Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

Tais leis supracitadas consolidam o papel do município como o principal executor das ações de saúde e ratificam ampliação do processo de descentralização, para expansão do acesso aos serviços de saúde, especialmente à atenção básica, como a Estratégia de Saúde da Família (SOUZA; COSTA, 2010).

Para se administrar a gestão descentralizada, foram estabelecidos conselhos de saúde e comitês intergestores do nível estadual e federal.

A participação da sociedade organizada, garantida por lei, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (RESOLUÇÃO Nº453, DE 10 DE MAIO DE 2012).

Desde 2006, algumas normas foram substituídas pelo Pacto pela Saúde, por meio da Portaria nº 399 (22 de fevereiro de 2006), “Exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes estruturais: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.”

Tais estruturas representam grande avanço nas políticas de saúde do Brasil, pois favorecem maior compromisso dos governantes nos processos e análises da situação de saúde do país no sentido de fortalecer a gestão compartilhada em todos os setores e subsetores do SUS.

Segundo Paim et al. (2011), o sistema de saúde se encontra organizado em três subsetores: subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estados; subsetor privado (com fins lucrativos ou não), e, subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde.

O entendimento desta organização do sistema de saúde reflete em percepções positivas concernentes ao atendimento de saúde, pois desde então, os brasileiros têm direito à atenção à saúde gratuita, em nível primário, secundário e terciário, prestada por um sistema nacional de saúde.

Cabe ainda destacar que a ampliação e consolidação de serviços de atenção básica, podem ajudar a vencer o desafio de exclusão social de subgrupos, como os quilombolas, famílias sem terra, dentre outros, desde que se melhore o acesso aos demais níveis de atenção – secundários e terciários (VICTORA et al., 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como:

Uma concepção de sistema de saúde, uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde. Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde (ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2007).

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, pode ser descrito como um dos primeiros documentos a adotar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma possibilidade de organização de forma regionalizada e hierarquizada na atenção à saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica estabelecida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Outro marco histórico importante foi a Declaração de Alma-Ata, cidade da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), onde se realizou em 1978 a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”. A

Declaração de Alma-Ata reafirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (AS CARTAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2002, p. 33).

Existe anuência sobre a importância da APS na melhora dos indicadores de saúde de uma dada população. Porque, ela permite o acesso das pessoas ao sistema de saúde “porta de entrada”, favorece o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença (CAMPOS, 2014).

Neste sentido, Starfield (2002), destaca a importância da APS para saúde das pessoas e dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico que as pessoas vivem e trabalham, ao invés de destacar a enfermidade individual.

O conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004) define que a atenção primária deve ser voltada para o indivíduo e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser competente para prover cuidados contínuos à pacientes portadores de doenças crônicas e de necessidades especiais.

Com esta preocupação em atender as necessidades individuais e coletivas dos indivíduos, o SUS sofreu radical mudança ao implantar a política pública da APS como opção estratégica para ampliar a efetividade da assistência à saúde, por meio da implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade (COSTA, 2016; CAMPOS, 2014).

Assim, a PORTARIA Nº 648/GM (28 DE Março de 2006), aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da

Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS).

É comprovado que, no percurso dos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem colaborado de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país, decrescendo o perfil de morbimortalidade da população, além da redução de internações desnecessárias (VICTORA et al., 2011).

Estudo realizado no período de 2002 a 2012 apontou que, houve estabilidade nas taxas de internações por DCNT. As taxas de doenças respiratórias tiveram tendência de redução, enquanto as cardiovasculares, neoplasias e diabetes mellitus apresentaram tendência de estabilidade (SANTOS et al., 2015).

Todavia, o sucesso na redução de doenças crônicas constitui significativo desafio para os sistemas de saúde, mesmo aqueles que já avançaram em suas estratégias políticas e operacionais (GOULART, 2011).

As DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011).

As mudanças sociais, econômicas, bem como o processo de transição demográfica e epidemiológica tem resultado em modificação do estilo de vida dos brasileiros, na formação de grupos populacionais com características peculiares e específicas, com prevalência de fatores de risco como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das DCNT (PEREIRA; SOUZA e VALE, 2015).

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Cardiologia, divulgada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007, p.30), em 2007 ocorreram



1.157.509 internações por doenças cardiovasculares (DCV) no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33.

Rouquayrol e Filho (2003, p. 542) comentam que, “saúde não tem preço, mas tem custo”. Portanto, observa-se a necessidade do sistema de saúde atuar na elaboração de programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos de doenças, pois essas ações, segundo a Autogestão em Saúde no Brasil (2005) estão diretamente relacionadas à diminuição dos gastos com tratamentos que podem ser evitados.

Apesar da prevalência das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de ações amplas nos moldes de promoção da saúde, para diminuição de seus fatores de risco, e pela melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno (MALTA, 2011).

Fundamentado nas bases conceituais do termo apresentado, as ações de assistência à saúde, merecem ser reformuladas frente à realidade do novo foco do modelo de atenção à saúde.

Neste contexto, percebe-se que a mudança paradigmática em saúde se torna necessária.

Paradigma, conforme definido pelo Dicionário Infopédia (2003), significa o exemplo que serve como modelo, padrão.

Essa mudança em saúde deve implicar no oferecimento de práticas pedagógicas com vistas à totalidade, cuja responsabilidade e preocupação devem proporcionar as inter-relações contempladas em um ambiente complexo, dentro de um processo de transformação (FERLA, 2010).

O pensar certo exige aceitação ao risco, a permissão do novo que não

pode ser negado ou acolhido só porque é novo, assim como o velho que se encarna em uma modificação ou preserva a sua validade continuando novo (FREIRE, 2008). A visão fragmentada pode evidenciar uma dificuldade de aceitação ao novo, então é interessante à busca por visão sistêmica, no qual faz com que o indivíduo se considere novo, pois estará sempre aberto às mudanças.

Assim, criar alternativas e condições para que indivíduos e coletividades possam aceitar desafios de mudanças é, sem dúvida, um paradigma de saúde. Entender quais são as ferramentas necessárias para esta nova abordagem, são pontos importantes para o desenvolvimento deste novo modelo de atenção à saúde.

A ação mais utilizada de mudança para o novo modelo de atenção à saúde preconizada no novo paradigma é a Promoção da Saúde.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

Nessa perspectiva da sociedade em tomar decisões que irão colaborar com uma integralidade na atenção à saúde, a lei nº 8.080 cita em seu artigo 7º, que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados seguem o princípio de participação da comunidade. Logo, é possível compreender que, a participação social dos indivíduos traz consigo uma capacidade dos cidadãos refletirem sobre as suas escolhas em relação à saúde.

O estado de saúde em si, é um conjunto de níveis de funcionalidade ou capacidades inerentes ao indivíduo, ou seja, o indivíduo tem um compromisso com a sua vida, por isso, além do apoio da política de saúde, é imprescindível

que ele reconheça as suas condições fisiológicas e promova a saúde (FLECK et al., 2008).

Sendo assim, torna-se fundamental na promoção da saúde um incentivo a uma maior autonomia dos indivíduos para que possam exercer uma independência sobre sua saúde, com possível alcance do bem estar físico, mental e social (HAESER; BUCHELE e BRZOZOWSKI, 2012).

A palavra autonomia, de acordo o Dicionário Infopédia (2003), refere-se ao direito de se governar por leis próprias, autodeterminação.

[...] O mundo externo afeta os fatores de risco para a saúde, os determinantes de saúde e como o indivíduo, de fato, realiza ações e tarefas no mundo. O ambiente pode até mudar o estado fisiológico de um indivíduo, mas o estado de saúde em si é inteiramente específico da pessoa (FLECK et al., 2008).

Para Gaudenzi e Schramm (2010) em dias atuais constata-se uma propensão de responsabilização do indivíduo no âmbito sanitário, deixando de se restringir às consequências que o comportamento possa ter sobre terceiros, e incluindo também as eventuais consequências sobre a saúde do próprio agente moral.

Á partir destes apontamentos supracitados, pode ser percebido que para o indivíduo fazer a manutenção da sua saúde, é necessário que esteja munido dos conhecimentos necessários para a escolha de uma vida saudável, com propósito de estimular a autonomia e a tomada de decisões em relação a saúde.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços [...]” (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Em âmbito nacional, observa-se o investimento na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

No entanto, apesar do Brasil ter investido na atenção à saúde, o SUS, dispõe de menor volume de recursos públicos para o atendimento às necessidades de saúde da população, com o objetivo de se tornar um sistema de saúde universal e equitativo (PAIM, 2011).

Com base nesse conceito, a implantação das operadoras de planos de saúde foi uma importante alternativa para a oferta de serviços à população, definida pela Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 como: “Serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde”.

Com a criação das operadoras de planos de saúde houve o incremento do plano privado de assistência à saúde, que possui como marco legal a lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), regulamentando este setor.

Em termos de DCNT, os sistemas de saúde, incluindo operadoras de planos de saúde devem focar inicialmente nos fatores de risco modificáveis (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso abusivo do álcool) tanto no nível individual como coletivo (OGATA, 2014).

Calcula-se que, aproximadamente 25 a 50%, da redução da mortalidade por doença cardiovascular esteja relacionada aos tipos de tratamento e o restante associado ao controle de fatores de risco. Com relação aos tratamentos, cerca de metade dos benefícios estão relacionados aos atendimentos de emergência e intervenções invasivas (GAZIANO; PAGIDIPATI, 2013).

Resultados positivos no gerenciamento e prevenção de doenças crônicas são obtidos com ações e programas de atenção à saúde, mas também se exige uma reorganização do sistema de saúde, privilegiando a atenção primária como o ponto central no processo de gestão (FORTIN et al., 2013).

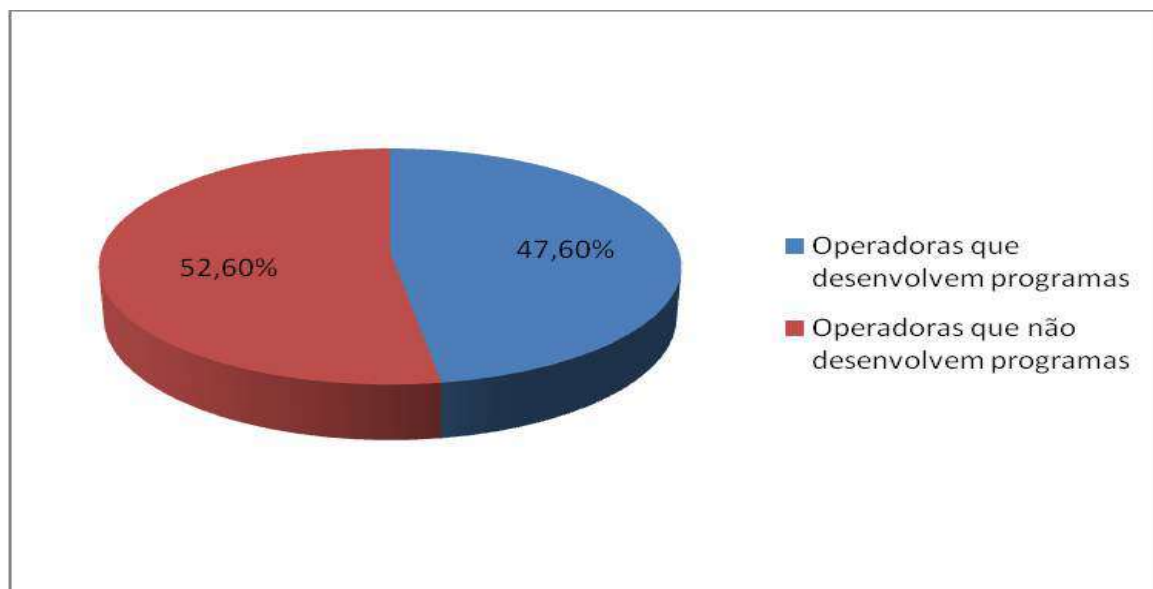
Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde (MANUAL TÉCNICO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Nesta ótica científica, da atenção à saúde, a ANS, adotou medidas de incentivo ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2008).

Dessa forma, entende-se que para racionalizar os custos relativos a saúde, é fundamental a contribuição das operadoras de planos de saúde, porém, é importante que estas medidas proporcionem redução de custos sem produzir impactos negativos no setor de saúde.

A Figura 2, representada abaixo, extraída do Painel de indicadores do SUS nº 06 (2009), demonstra o desenvolvimento de programas de promoção à saúde e prevenção de riscos no setor suplementar.

**Figura 2 - Desenvolvimento de programas de promoção e prevenção de riscos no setor suplementar**



**Fonte: Painel de Indicadores do SUS n 06 (2009), a partir de ANS. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde (2008).**

Com base nos indicadores apresentados, observa-se um índice considerável de aderência das operadoras de planos de saúde no desenvolvimento de ações de saúde no Brasil, portanto, um longo caminho a percorrer. O objetivo desta implementação é prestar um atendimento de qualidade e integralizado ao usuário, sendo a atenção primária uma porta de entrada para o estabelecimento de rotinas e tratamento adequado para cada tipo de condição de saúde.

Diante da necessidade de gerenciar os riscos dos usuários empresariais e para atender a determinações da ANS, a Unimed do município do interior de Minas Gerais/Brasil, uma cooperativa de trabalho médico, cria o departamento de Medicina Preventiva.

Tal proposta tem embasamento na ANS, cujo objetivo é estimular as operadoras de planos implantarem ações de Promoção da Saúde Prevenção

de Riscos e Doenças para os seus usuários.

A Resolução Normativa RN n 94, publicada em 23 de março de 2005, no seu art. 1º resolve:

Esta resolução normativa estipula critérios de deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco definida na Resolução RDC Nº 77, de 17 de junho de 2001, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que aderirem a programas de promoção à saúde e prevenção de doença de seus beneficiários.

A primeira iniciativa da ANS em relação ao novo modelo de atenção a saúde define critérios para o deferimento da cobertura com ativos que garantem provisão de risco por parte de operadoras de planos de assistência à saúde.

O planejamento e a implantação de políticas de promoção à saúde visam reduzir os gastos com a assistência médico-hospitalar, ao mesmo tempo em que promove a qualidade de vida dos colaboradores (AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL, 2005). A mudança do modelo de assistência biomédica atual para um modelo que aborde a prevenção dos riscos às doenças e promova a saúde tem como meta prestar melhor atendimento e uma melhor qualidade de vida aos beneficiários, uma vez que se trata de DCNT, ou seja, são passíveis de prevenção e podem ser facilmente abordadas por meio de ações na etapa primária, fatores determinantes da atenção à saúde.

Starfield (2002) afirma que as enfermidades não existem de forma isolada e têm relação com o tempo, pois são modificadas por fatores determinantes, tais como: ambiente social, físico, comportamental e natureza da atenção a saúde. Ou seja, fatores biopsicossociais interferem nas enfermidades, sendo, assim, são imprescindíveis para a forma da assistência de qualidade prestada ao indivíduo.

Para que as operadoras de planos de saúde ofereçam atendimento de qualidade aos seus beneficiários, é necessária a criação de dispositivos e estratégias para conquistar o cliente em todo o ciclo de atendimento, ou seja, atendimento com estratificação de risco e acompanhamento.

O atendimento fragmentado e a estrutura desordenada de algumas empresas inibem as conversações e melhoria dos resultados em saúde por meio de todo o ciclo de atendimento; isso obscurece as informações sobre os custos e preços, prejudicando a qualidade e eficiência do atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007).

Nesse sentido, algumas questões podem ser levantadas, tais como: quanto custa a manutenção de toda a equipe de saúde exercendo a medicina curativa de forma fragmentada em cooperativas de plano de saúde privado?

A quantia financeira utilizada pelas cooperativas em assistência curativa de forma desordenada poderia ser revertida em assistência primária, com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde?

De acordo com Porter e Teisberg (2007), clientes que estejam bem informados e envolvidos na sua condição de saúde ajudarão a melhorar os resultados da operadora de saúde e reduzir os custos. Isso eleva a qualidade de assistência à saúde em um sistema competitivo que responda às evidências e recompense a excelência em saúde.

Dessa forma, buscar oportunidades para que os indivíduos compreendam o processo saúde-doença e possam modificá-lo, de acordo com as suas necessidades, é um grande desafio no contexto de atenção primária à saúde.

No Brasil, as práticas educativas de saúde surgiram como alternativas para se trabalhar na promoção da saúde.



Com relação ao conceito atual e reflexivo teórico de educação em saúde, Gazzinelli (2006) enfatiza que a educação propõe integração de vários saberes: científico, popular e do senso comum, gerando uma visão crítica, maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano. Dentro dessa perspectiva, a interação de saberes é entendida como prática potencializadora da autonomia.

Nesse contexto, criar condições e práticas educativas para que indivíduos e coletividades sejam capazes de, como seres dotados de autonomia, possam fazer escolhas e serem respeitados é, sem dúvida, uma mudança do paradigma de saúde (FERREIRA, 2009).

O ambiente de trabalho se constitui em um vetor favorável para as ações de educação para a saúde, pois é o espaço organizacional que onde indivíduo passa grande parte do seu dia e onde está propício a receber orientações para a promoção e proteção à saúde (CAVALCANTE et al., 2008).

Com propósito de atender ao novo modelo de educação em saúde, a equipe de Medicina Preventiva desenvolve atividades de educação em saúde direcionadas aos colaboradores empresariais. Porém, para que essas ações educativas busquem responder ao novo modelo de atenção à saúde, é fundamental que haja estímulo à autonomia dos clientes, o que ocorre por emprego de metodologias educativas de modo dialógico, interativo e que ofereçam possibilidades de transformações favoráveis ao estilo de vida saudável dos clientes acompanhados.

O comportamento dos profissionais de saúde é assim explicado por Freire, (2008, p.47): “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”, ou seja, as

práticas reflexivas se sobrepõem sobre as práticas impositivas. Dessa forma, as concepções do autor são perfeitamente aplicáveis à educação em saúde. Além disto, é importante salientar que nos processos de aprendizagem, cada público requer atendimento diferenciado conforme suas próprias realidades, por exemplo, os aspectos cultural e educacional.

Mas aqui não se trata simplesmente de fornecer informações científicas a indivíduos incapacitados (mental ou socialmente) de obtê-las e desta forma conduzi-los a um “estilo de vida saudável” e aceitável. Trata-se, portanto, de discutir qual prática educativa deve ser abordada para realmente permitir a construção do conhecimento e com isso contribuir para a autonomia do indivíduo (FERREIRA, 2009).

Freire (2008) aponta que a alegria e a esperança devem fazer parte do aprendizado, pois ambas fazem parte da natureza humana, sendo requerido nas relações em todas as fases da vida, seja no aprendizado, ou na vida cotidiana.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

Para a realização do estudo foi utilizada a abordagem quantitativa. Trata-se de estudo observacional de caráter retrospectivo.

Filho (2010) caracteriza a pesquisa quantitativa como um método de pesquisa social que utiliza técnicas e análises estatísticas, gerando medidas para análise precisas e confiáveis.

Outra concepção da pesquisa quantitativa é descrita por Prodanov e Freitas (2013), como tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las.

De acordo com Bonita; Beaglehole; Kjellstrom (2010), o estudo observacional permite que a natureza determine o seu curso: o investigador mede, mas não intervém. De modo geral, estudo de coorte, inicia-se com um grupo de pessoas livres das doenças e/ou com características comuns que permitem reuni-las em grupos ou subgrupos, de acordo com a exposição a uma causa potencial da doença ou desfecho sob investigação (BONITA; BEAGLEHOLE; DJELLSTROM, 2010).

O grupo pesquisado será de clientes empresariais da assistidos pela cooperativa de planos de saúde privada aos clientes empresariais em um Município do Estado de Minas Gerais/Brasil.

A Unimed do município de do Estado de Minas Gerais/Brasil é uma operadora privada de planos de saúde que atualmente conta com aproximadamente 32.061 clientes, dos quais, 24.211 são clientes de empresas (plano corporativo pessoa jurídica).

Desde janeiro de 2007, conta com o programa de Promoção da Saúde

que atende aos usuários portadores de diabetes, hipertensão arterial, doença renal crônica, cardiopatia, obesidade e grupo da terceira idade. Esse programa é desenvolvido em local específico denominado Viver Bem.

Diante da necessidade de atender às empresas contratantes nos moldes da promoção da saúde e prevenção de riscos de DCNT, a Unimed do Município de Minas Gerais/Brasil iniciou monitoramento sistematizado de colaboradores com a equipe de Medicina Preventiva em algumas empresas.

A partir de março de 2008 a equipe de Medicina Preventiva da cooperativa foi formada para promover a qualidade de vida e o bem-estar dos clientes das empresas estimulando mudanças no estilo de vida. Dentre as atividades da equipe, ocorre o gerenciamento dos fatores de risco que impeçam a promoção e manutenção da saúde da carteira de usuários, principalmente os fatores desencadeantes das DCNT.

A partir da sua fundação, 36 empresas aderiram ao programa, totalizando 8.144 clientes avaliados pela equipe de Medicina Preventiva até 30 de outubro de 2015, sendo que destes, 891 mantêm-se em acompanhamento até a data citada anteriormente.

O interesse em realizar a presente pesquisa emergiu da necessidade de verificar efetividade da atuação da equipe multiprofissional no gerenciamento dos riscos de DCNT aliada às novas ferramentas de educação em saúde praticadas no Programa de Medicina Preventiva da referida cooperativa tem relevância no processo de construção da autonomia dos indivíduos.

Desta forma, o tema proposto representa uma reflexão em relação à abordagem da equipe multidisciplinar nos programas de prevenção de doenças

e promoção da saúde.

Este estudo teve como população alvo os colaboradores empresariais atendidos pela equipe de Medicina Preventiva, no período de 03 de março de 2008 a 30 de outubro de 2015, beneficiários com contrato pessoa jurídica.

O processo de seleção dos participantes foi realizado entre os meses de fevereiro a outubro de 2015. Os colaboradores das empresas foram convidados a participarem de uma pesquisa piloto com o preenchimento do Formulário “Pratique Saúde” (Anexo I) na própria empresa para posterior classificação de risco.

Tabela 1: Cálculo do n (número de sujeitos de uma amostra) para que o Erro Amostral seja até 5%: POPULAÇÃO N 650, Amostra necessária n 242, Erro amostral (%) E 5,0. Fórmula empregada para o cálculo:  $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)$  Onde: n - amostra calculada N – população Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança p -verdadeira probabilidade do evento e - erro amostral (SANTOS, 2012).

Tabela 1 - Cálculo do n (número de sujeitos de uma **amostra**) para que o **Erro Amostral** seja até 5%

<b>População</b>	<b>N</b>	<b>650</b>
Amostra necessária	N	242
Erro amostral (%)	E	5,0

Fonte: Próprio autor, 2015.

Foram inclusos os colaboradores de empresas, usuários do plano Unimed que:

- Preencheram o Formulário Pratique Saúde, entre março de 2008 a outubro de 2015 - 1ª parte (Anexo I);
- Foram classificados em grau de risco pela equipe da Medicina Preventiva pelo Score descrito abaixo, sendo analisados os colaboradores classificados em médio e alto risco, cujo acompanhamento é feito pelos profissionais da Medicina Preventiva:

**Quadro 1 - Classificação de risco para DCNT - Medicina Preventiva Unimed de uma cooperativa Unimed do Interior de Minas Gerais/Brasil.**

<b>Baixo risco</b>	<b>Médio risco</b>	<b>Alto risco</b>
PA (Pressão Arterial) normal <130/85	PA: normal ou HAS leve a moderada (independente de estarem em tratamento farmacológico)	PA: normal ou HAS grave (independente de estarem em tratamento farmacológico)
Peso: IMC (Índice de Massa Corporal) entre $\leq 24,9$	Peso: IMC entre 25 a 29,9	Peso: IMC $\geq 30$
HF (História Familiar) de DCNT em parente de primeiro grau - pais ou irmãos: sim ou não	HF de DCNT em parente de primeiro grau: pais ou irmãos: sim ou não	HF de DCNT em parente de primeiro grau: pais ou irmãos: sim ou não
Tabagismo: não	Tabagismo: sim ou não	Tabagismo: sim ou não
Sedentarismo: sim ou não	Sedentarismo: sim ou não	Sedentarismo: sim ou não
Coronariopatia prematura: parentes de primeiro grau (sexo masculino $\leq 50$ anos e feminino $\leq 60$ anos): não	Coronariopatia prematura: parentes de primeiro grau (sexo masculino $\leq 50$ anos e feminino $\leq 60$ anos): não	Coronariopatia prematura: parentes de primeiro grau (sexo masculino $\leq 50$ anos e feminino $\leq 60$ anos): sim

	Score de framinghan: médio	Score de framinghan: alto
		DM (Diabetes Mellitus): sim

**Fonte:** Medicina Preventiva da Cooperativa Unimed Sete Lagoas/MG.

**Observações:** A idade e o gênero servem para estabelecer plano de cuidado individualizado, porém não são considerados como critério para classificação; O Score de risco tem por objetivo parametrizar o cuidado para grupos específicos e facilitar a comunicação entre os profissionais; O profissional que estiver classificando tem autonomia para mudar o grupo de acordo com particularidades que observar nos clientes avaliados; Não é necessário que o paciente preencha todos os critérios, principalmente porque, como explicado, alguns são sim ou não; A história familiar de Doença Renal Crônica (DRC) de parente de primeiro grau isolado não deverá ser considerado para a classificação, mas, deverá ser mantido para observação e acompanhamento; Coronariopatia prematura: parentes de primeiro grau (sexo masculino  $\leq$  50 anos e feminino  $\leq$  60 anos): mesmo caso do ítem anterior.

- Acompanhados pela equipe multiprofissional da Medicina Preventiva com o preenchimento do Prontuário Pratique Saúde – 2ª parte (Anexo II).
- Sendo que, compareceram em  $\geq$  03 atendimentos pela equipe multiprofissional e, destes, 01 atendimento foi realizado entre fevereiro a outubro de 2015, sendo considerado ativo.

Todos os participantes que se incluem nos critérios acima concordaram em participar do estudo por meio de assinatura do termo de Consentimento Livre

e Esclarecido, após ciência dos objetivos propostos na pesquisa.

Os critérios de exclusão compreendem os clientes das empresas assistidos pela Medicina Preventiva que:

- Não aderiram ao plano da Unimed;
- Compareceram em < 03 atendimentos pela equipe multiprofissional;
- Inativos, ou seja, não compareceram ao atendimento por um período maior que 09 meses, antes de outubro de 2015.

A abordagem aos clientes ocorreu durante a avaliação por parte da equipe multidisciplinar da Medicina Preventiva nas respectivas empresas participantes, entre fevereiro a outubro de 2015. Foram informados, em linguagem clara e acessível, os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da mesma e as questões éticas envolvidas. Os clientes que aceitaram participar da pesquisa foram esclarecidos quanto ao sigilo da mesma, mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O Formulário “Pratique Saúde” (Anexo I) e Prontuário “Pratique Saúde” (Anexo II) foram utilizados como instrumento de coleta dos dados, fechado e testado, mas não validado e já utilizado no Departamento de Medicina Preventiva.

O formulário e prontuário são compostos por questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, hábitos de vida, história familiar, dados antropométricos, servindo como variáveis para o presente estudo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado. Os pesquisadores fizeram contato com a Unimed no Departamento de Medicina Preventiva para acesso e aquisição dos dados necessários para a pesquisa.



O procedimento de coleta de dados ocorreu após a obtenção de dados do prontuário dos clientes que estavam em acompanhamento nas respectivas empresas, entre fevereiro a outubro de 2015. Foram analisadas as variáveis perfil sociodemográfico, hábitos de vida, história familiar e dados antropométricos, antes e após acompanhamento e intervenção por parte da equipe da Medicina Preventiva.

O levantamento de dados foi realizado entre novembro de 2015 a março de 2016. Foi elaborado um banco de dados com informações quantitativas e qualitativas dos formulários, tais como: empresa, nome, idade, grau de risco inicial, grau de risco final, gênero, pressão arterial inicial, melhora da pressão arterial com mudança no estilo de vida, melhora da pressão arterial com medicamento, tabagismo inicial, abandono do tabagismo, IMC  $\geq$  25, redução do peso, sedentarismo, prática de atividade física, quantas vezes iniciaram atividade física por semana, pontos positivos e pontos negativos.

A autorização da gestora do Departamento de Medicina Preventiva da Unimed para busca de dados do Formulário Pratique Saúde foi obtida em: 12 de maio de 2015. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil, submetido ao Comitê de Ética e aprovado.

A abordagem dos sujeitos está pautada nas normas contidas na Resolução nº466/12 “Sobre pesquisa envolvendo seres humanos”. Foi garantido aos participantes informações em linguagem clara e acessível, sobre os objetivos e procedimentos adotados no projeto, bem como o sigilo e a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento.

Para formalizar a aceitação voluntária em participar da pesquisa foi pedido que o participante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Com base nas informações coletadas do formulário Pratique Saúde, foi desenvolvido um banco de dados no *software* Excel da empresa *Microsoft Corporation*, no qual a análise foi realizada por meio de estatística, com apresentação dos resultados em gráficos e tabelas.

Os critérios para suspender ou encerrar as pesquisas foram de ordem operacional ou devido a recusas em participar do estudo.

Ressalta-se que o pesquisador responsável possui autonomia e conhecimento técnico para suspender a pesquisa imediatamente, caso percebesse algum risco ou dano à saúde dos participantes da pesquisa. Qualquer fato ocorrido neste sentido poderia ser comunicado imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa e suas superioridades.

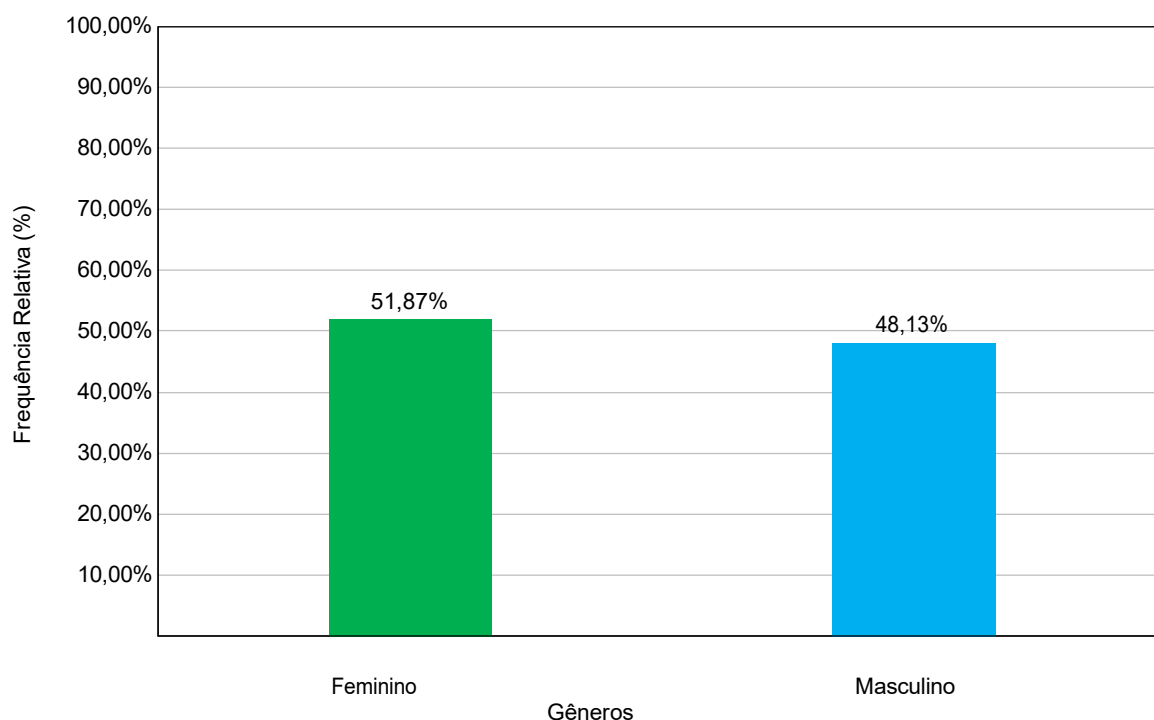
## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram levantados 401 formulários de colaboradores empresariais que tiveram sido avaliados e acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva da Unimed do Interior do Minas Gerais/Brasil no período de fevereiro a outubro de 2015. As variáveis antes e após a intervenção educativa em saúde, permitiram as análises de frequências relativas que serão apresentadas sob forma quantitativa.

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS**

Neste estudo, foram incluídos colaboradores empresariais de ambos os sexos, sendo 208 do sexo feminino (51,87%) e 193 indivíduos do sexo masculino (48,13%), conforme pode ser percebido na Figura 3.

**Figura 3 - Distribuição relativa dos colaboradores em função dos gêneros feminino e masculino, acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva, fevereiro a outubro de 2015.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

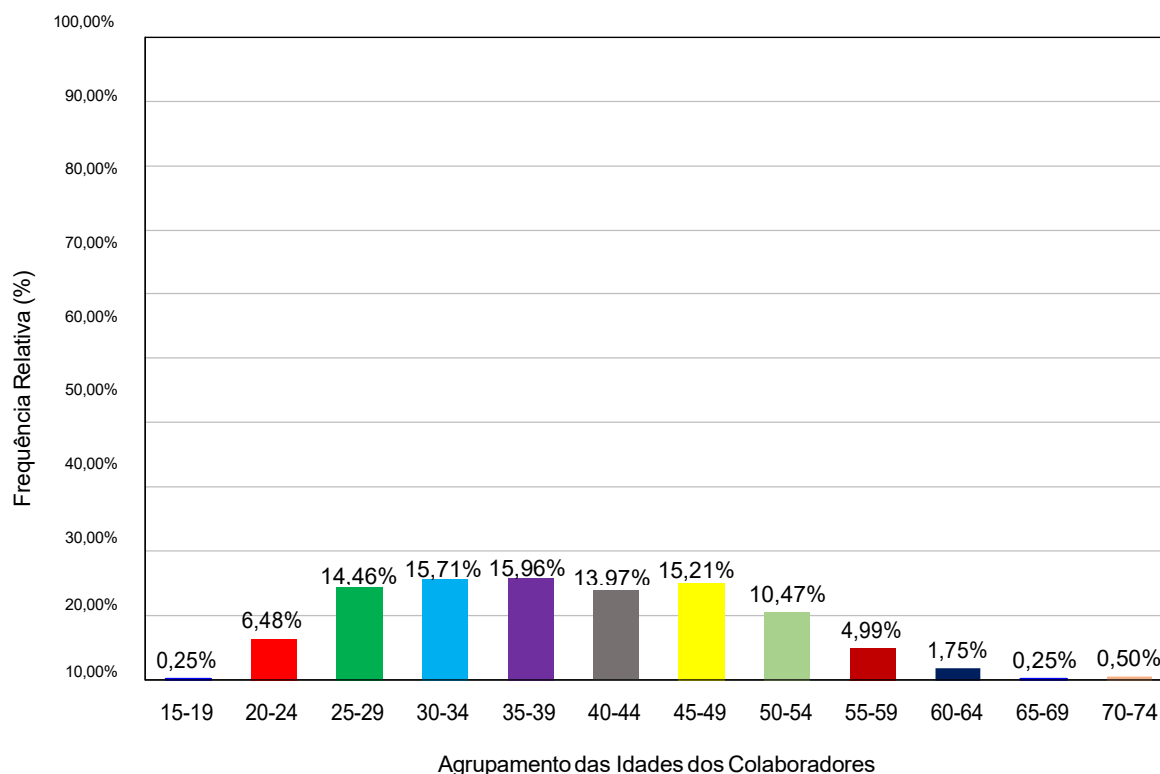
Identificamos predomínio de colaboradores do sexo feminino. Ao comparar o censo demográfico de 2010 do Brasil, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), verifica-se distribuição populacional de 97.348.809 (51%) do sexo feminino e 93.406.990 (49%) do sexo masculino, totalizando 190.755.799 habitantes brasileiros.

Os indicadores de distribuição da população brasileira apontam maior prevalência do sexo feminino na população brasileira. Assim, consequentemente esta representatividade de mulheres é percebida na sociedade contemporânea, pois estão presentes no mundo corporativo, seja pelo desejo de realização pessoal, aspecto econômico, bem como por meio do exercício de uma

profissão (MARTINS; RODRIGUES, 2013).

A faixa etária dos colaboradores inclusos foi 18 - 72 anos Figura 4.

**Figura 4 - Distribuição relativa das idades dos colaboradores independente do gênero, agrupados a partir dos grupos de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS).**



Fonte: Próprio autor, 2017.

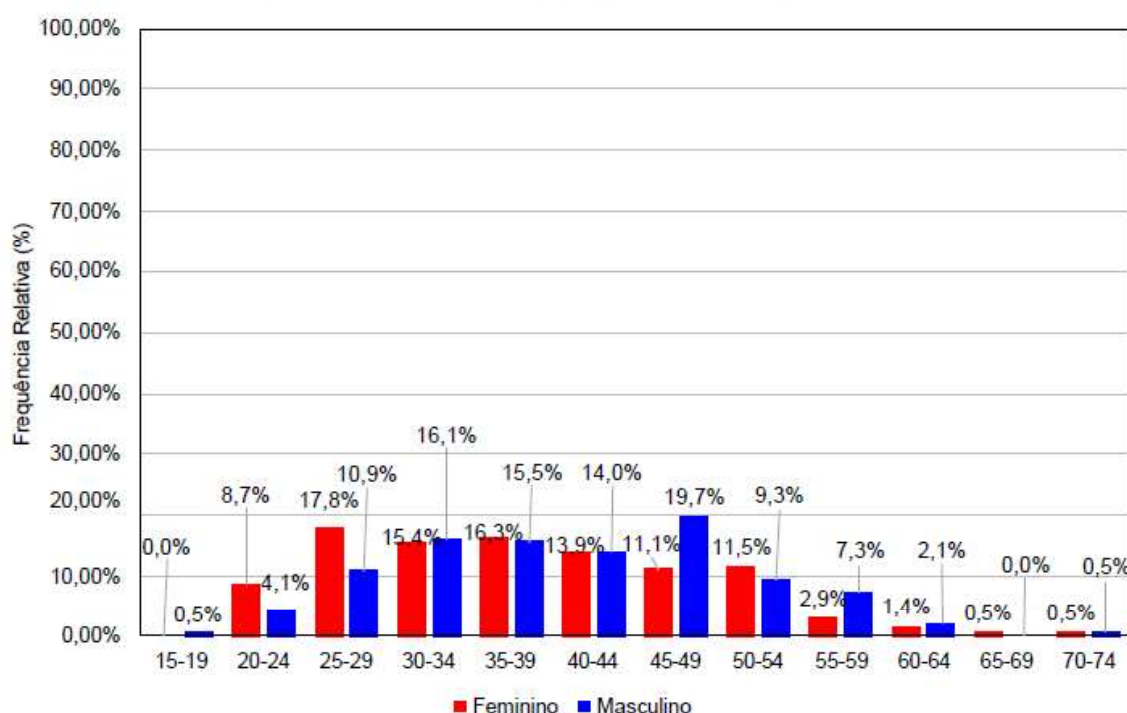
Os colaboradores foram agrupados em oito faixas etárias: faixa 1 – 15 a 19 anos; faixa 2 entre 20 e 24 anos; faixa 3 entre 25 e 29 anos; faixa 4 entre 30 e 34 anos; faixa 5 entre 35 e 39 anos; faixa 6 entre 40 e 44 anos; faixa 7 entre 45 e 49; faixa 8 entre 50 e 54 anos; faixa 9 entre 55 e 59 anos; faixa 10 entre 60 e 64 anos; faixa 11 entre 65 e 69 anos; faixa 12 entre 70 e 74 anos; faixa 13 entre 75 e 79 anos.

Para o IBGE (2017) a população economicamente ativa (PEA) é composta por pessoas de 10 a 65 anos de idade.

Dados apresentados na Figura 5 demonstram que a faixa etária com maior proporção compreende aqueles com idade entre 35 - 39 anos, ou seja, faixa 5 (64 colaboradores).

A faixa etária com maior predominância de colaboradores é representada por 34 (16,3%) mulheres e 30 (15,5%) homens, (Figura 5).

**Figura 5 - Distribuição relativa das idades dos colaboradores diferenciada por gênero, agrupados a partir dos grupos de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS).**



Fonte: Próprio autor, 2017.

Os resultados mostram que a idade ativa com maior proporção, corresponde dos 25 aos 49 anos, totalizando 302 (75,3%) colaboradores, dentre quais 155 (38,6%) são do sexo feminino e 147 (36,5%) masculino.

Assim, os percentis do presente estudo é semelhante ao encontrado na literatura, como pode ser visto na Tabela 2, descrita abaixo, com predominância desta faixa etária no que se refere à indivíduos no mercado de trabalho.

**Tabela 2 - Indicadores de distribuição da população em idade ativa, por região metropolitana segundo algumas características em janeiro de 2016.**

População em idade ativa (%)	Total das seis áreas	Recife	Salvador	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	São Paulo	Porto Alegre
<b>Sexo:</b>							
Masculino	45,7	44,9	44,1	46,0	45,5	46,1	45,6
Feminino	54,3	55,1	55,9	54,0	54,5	53,9	54,4
<b>Faixa etária:</b>							
10 a 14 anos	6,3	7,6	6,2	7,4	5,7	6,2	6,5
15 a 17 anos	4,8	5,3	5,3	5,3	4,3	4,8	5,1
16 a 24 anos	13,9	15,0	16,0	15,6	13,3	13,1	14,2
18 a 24 anos	10,7	11,5	12,5	12,2	10,5	9,9	10,9
25 a 49 anos	41,5	42,4	44,0	42,6	39,6	42,0	40,4
50 anos ou mais	36,7	33,1	32,0	32,5	39,9	37,2	37,2
<b>Anos de estudo</b>							
Sem instrução e menos de 1 ano	2,5	3,9	2,7	2,4	2,5	2,3	2,1
01 a 03 anos	4,4	5,8	5,3	4,6	4,1	4,0	5,2
04 a 07 anos	23,1	23,7	21,1	26,0	19,7	24,1	26,3
08 a 10 anos	17,6	16,6	16,4	18,4	18,3	17,2	18,3
11 anos ou mais	52,3	49,7	54,5	48,6	55,3	52,3	48,0

**Fonte : IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Mensal de Emprego. Disponível em:**  
**[ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Mensal\\_de\\_Emprego/fasciculo\\_indicadores\\_ibge/2016/pme\\_201601pubCompleta.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/2016/pme_201601pubCompleta.pdf)**. Acesso em 24 de janeiro de 2017.

#### 4.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE MEDICINA PREVENTIVA ANTES DA INTERVENÇÃO

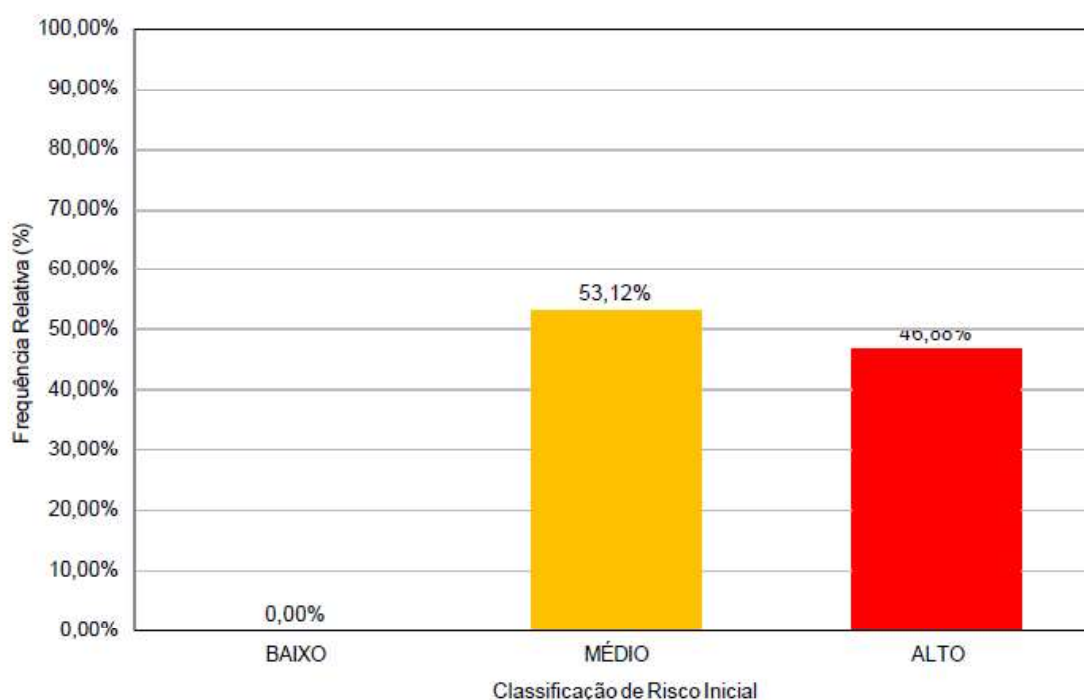
A adoção da avaliação/estratificação de risco é ferramenta estratégica para garantir acesso aos serviços de saúde, pois permite identificar as diferentes gradações de risco em procedimento adequado aos devidos atendimentos e acompanhamento (BRASIL, 2013).

Para o presente estudo, foi empregado o Score de classificação de risco, uma ferramenta interna comumente utilizado na medicina preventiva como instrumento, descrito no item 3.3.3. “Critérios de inclusão”. Tal ferramenta é

importante na adaptação do novo modelo de gerenciamento de riscos e doenças, pois estabelece parâmetros para que os colaboradores sejam avaliados pela equipe multidisciplinar de forma justa ao grau de risco ao qual pertencem. São colaboradores em risco os portadores de uma ou mais comorbidades para DCNT, tais como: níveis pressóricos elevados, sobrepeso ou obesidade, tabagismo e sedentarismo.

Verifica-se na Figura 6, representada abaixo, os resultados obtidos da classificação de risco.

**Figura 6 - Distribuição relativa do percentual de colaboradores classificados em Grau de Risco antes do acompanhamento com a equipe de Medicina Preventiva.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

Do total de prontuários analisados, 213 (53,12%) colaboradores foram classificados em médio risco e 188 (46,88%) em alto risco, sendo que nenhum foi classificado em baixo risco.

No entanto, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das



pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado (BRASIL, 2013).

Consideramos como medidas de estratificação o Escore de risco de Framingham, o qual identifica os fatores comuns ou características que contribuem para Doença Cardiovascular no período de 10 anos. Embora não tenha sido utilizado no departamento de Medicina Preventiva da Unimed, serviu como instrumento para elaboração desta pesquisa (INSTITUTE AND BOSTON UNIVERSITY, 2017).

#### 4.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

O aumento da pressão arterial causou 9,4 milhões de mortes e 7% da carga de doenças no mundo em 2010 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Um estudo conduzido no Brasil em 2008, estimou que 24% das mulheres e 17,3% dos homens com idade  $\geq 20$  anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão arterial (SCHMIDT et al., 2011).

Além de importante causador por elevados números de óbitos, a HAS é um dos fatores para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares (ANDRADE et al., 2013).

Os valores que definem HAS estão expressos na Tabela 3.

**Tabela 3 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.**

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

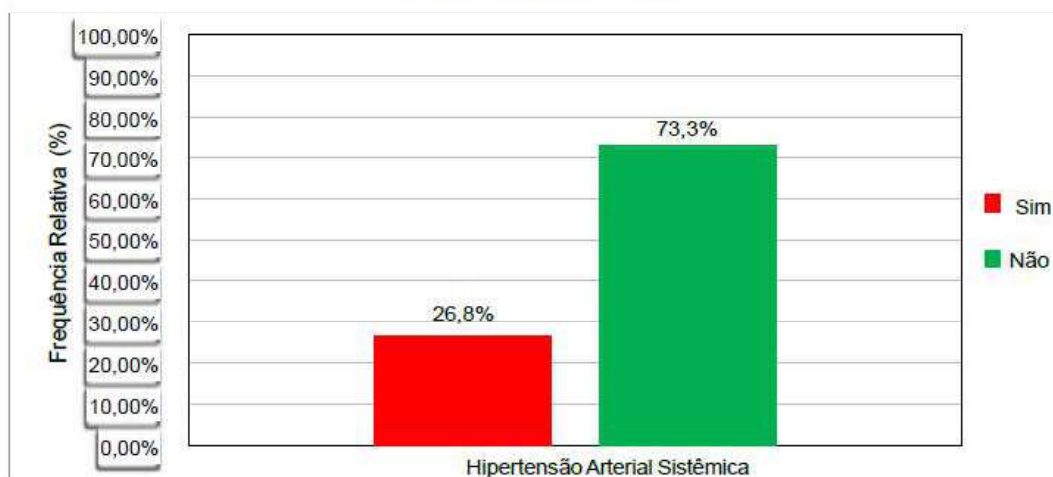
*Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.*

**Fonte: SBC. 2016. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Disponível em:**

**[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)** Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

A Figura 7 traz a prevalência de HAS com base nos prontuários:

**Figura 7 - Distribuição relativa dos colaboradores acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva, que foram identificados como portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, fevereiro a outubro de 2015.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

Com base na classificação de risco para hipertensão, nossos dados apontam, que 107 (26,8%) dos colaboradores apresentaram altos níveis pressóricos. Embora seja um estudo de abrangência municipal, há que se

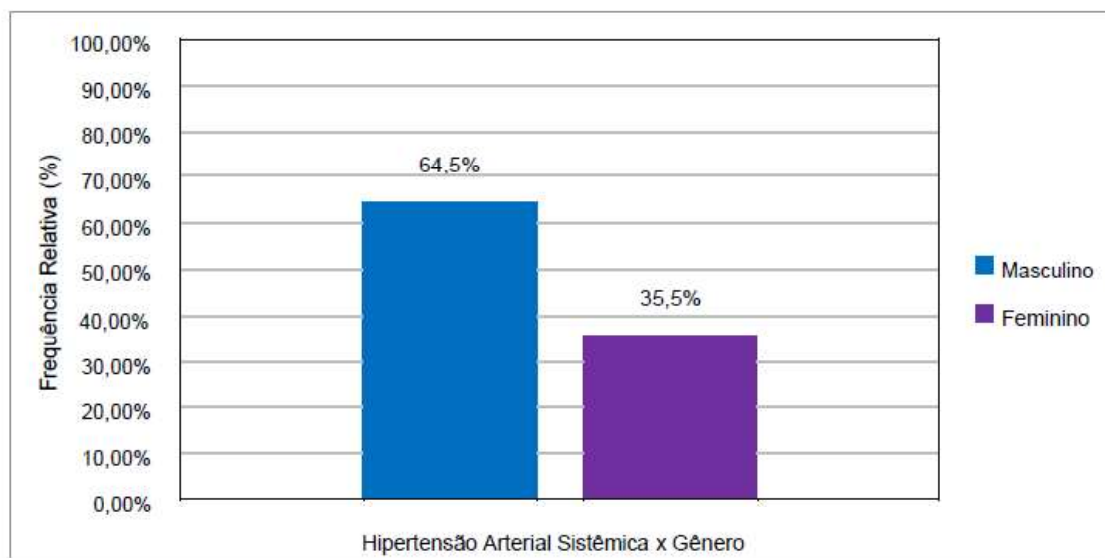
considerar que os valores encontrados se aproximam da prevalência nacional, onde a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais referem diagnóstico de hipertensão arterial foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas. Em um estudo por região, o diagnóstico médico de HAS em 2013 era menor nas Regiões Norte (14,5%) e Nordeste (19,4%). A Região Sudeste foi a que possuía a maior proporção de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de hipertensão dentre as Grandes Regiões (23,3%). As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções estatisticamente iguais à média para Brasil (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

No presente estudo, a HAS é mais comum entre os indivíduos do sexo masculino, sendo descobertos 69 (64,5%) homens.

Percebe-se que os homens, passam grande parte do tempo no trabalho, com dificuldade às vezes, de acesso ao serviço de saúde, ainda mais que, persiste uma visão voltada para o aspecto curativo. Sendo assim, medidas de promoção da saúde, que permitem uma conscientização deste público tornam-se fundamental, pois o ambiente de trabalho é propício para ações em saúde, considerando este cenário vivenciado pelos indivíduos do sexo masculino.

A figura 8 mostra esta realidade.

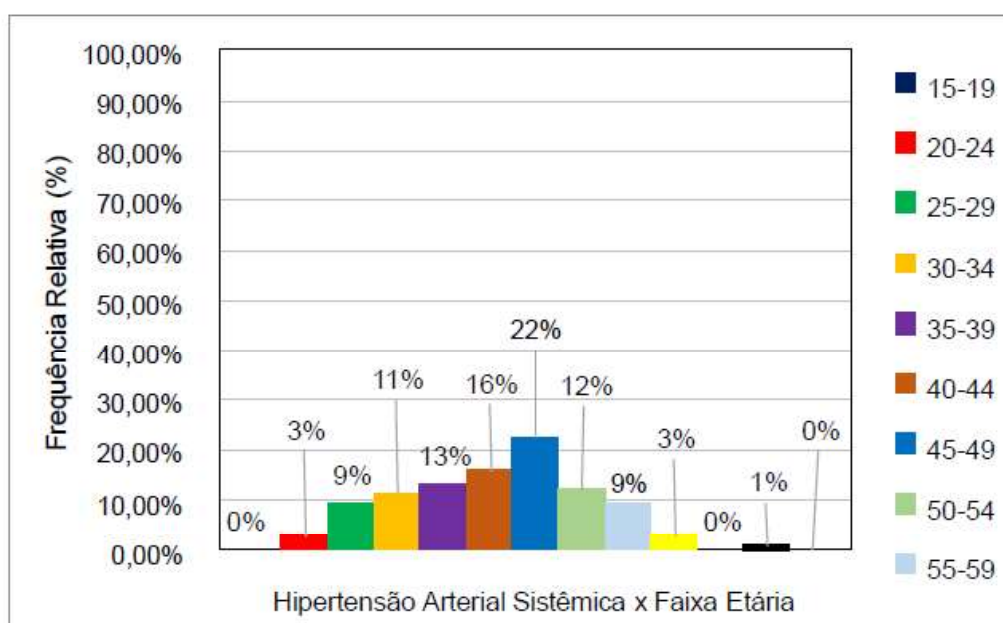
**Figura 8 - Distribuição relativa dos colaboradores acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva, em função dos gêneros masculino e feminino, identificados como portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, fevereiro a outubro de 2015.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

A prevalência de colaboradores com HAS do sexo masculino identificada neste estudo foi superior à encontrada em estudo semelhante realizado por Radovanovic (2014), junto a indivíduos adultos, residentes em Paçandu, PR, Brasil. O autor avaliou 408 adultos, sendo predominante sexo feminino (68,63%) e, a prevalência de HAS foi de 23,03%, sendo maior entre as mulheres (24,64%) do que entre os homens (19,53%).

**Figura 09 - Distribuição relativa das idades dos colaboradores que foram identificados como portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, independente do gênero, agrupados a partir dos grupos de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS).**



Fonte: Próprio autor, 2017.

A Figura 09 demonstra a associação dos dados pressóricos e faixa etária dos colaboradores de ambos os sexos e a faixa etária acima dos 20 anos. Houve aumento significativo da HAS à partir dos 20 anos de idade e maior concentração na faixa etária de 45 a 49 anos, totalizando 24 (22%) colaboradores.

Nos resultados descritos no estudo de Muraro et al (2012), o diagnóstico de HAS se torna mais comum com o aumento da idade e alcança as maiores prevalências entre os 18 e os 24 anos de idade em Teresina (10,6), Porto Alegre (10,6%) e Manaus (10,1%).

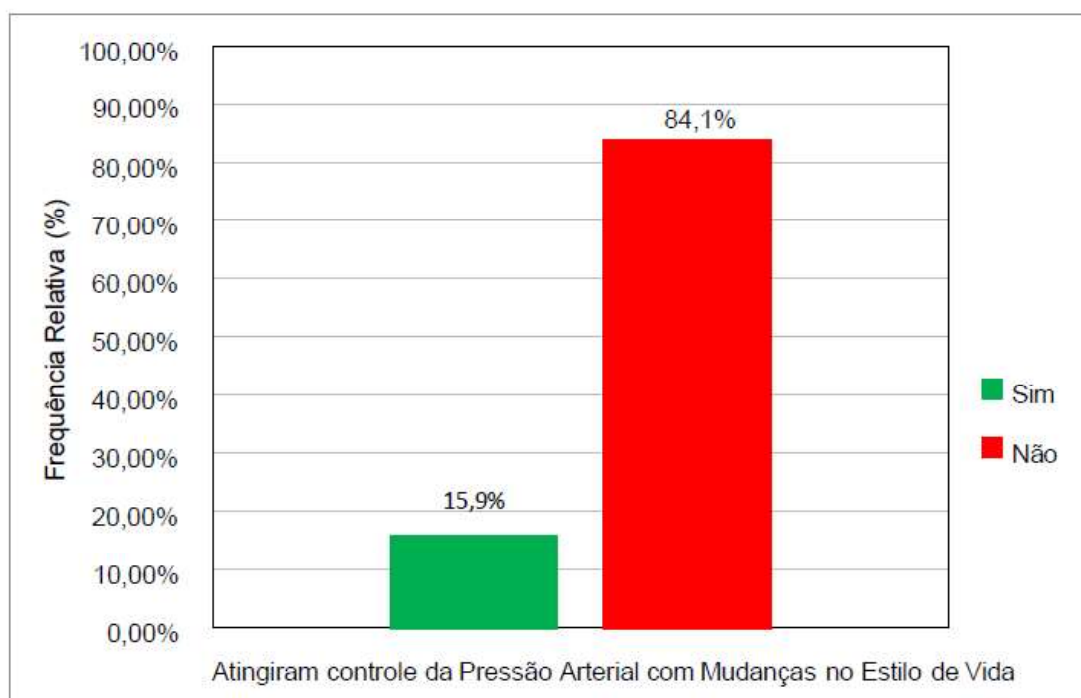
Muitos fatores modificáveis contribuem para a prevalência da HAS, tais como: consumo de excesso de sal e gordura, baixo consumo de frutas e verduras, uso nocivo do álcool, sedentarismo, estresse e acesso inadequado dos serviços de saúde, ou seja, pela resistência em comparecer ao serviço nos moldes

preventivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Muito embora estas condições que levem ao aparecimento da HAS sejam amplamente difundidas, é importante ressaltar que os profissionais de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta humanizada, no respeito e valorização das experiências, sendo a educação em saúde um importante instrumento facilitador para a capacitação dos indivíduos, pois contribui para mudanças de hábitos nos moldes da promoção da saúde (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2008).

Neste sentido, a equipe de Medicina Preventiva visa capacitar os colaboradores empresariais por meio de orientações e estímulos para práticas saudáveis e consequentes melhorias no estilo de vida. Reflexo disto poderá ser avaliado na Figura 10, descrita abaixo.

**Figura 10 - Distribuição relativa dos colaboradores independente do gênero, que atingiram controle da Pressão Arterial com mudanças no estilo de vida, acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

No que concerne ao controle dos níveis pressóricos pela mudança no estilo de vida, em particular, os que foram identificados inicialmente com pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg, 13 (15,9%) alcançaram o objetivos propostos após intervenção da equipe de Medicina Preventiva. Os mesmos foram convidados para um acompanhamento com equipe multidisciplinar (enfermagem; nutricionista e educadora física) e, neste controle, foi estabelecido um plano de cuidado com metas, relacionadas a atividade física, controle do stress e melhorias nos hábitos alimentares, além de, participação em grupo com outros colaboradores hipertensos, na troca de vivências e sobretudo, com estímulos e motivações.

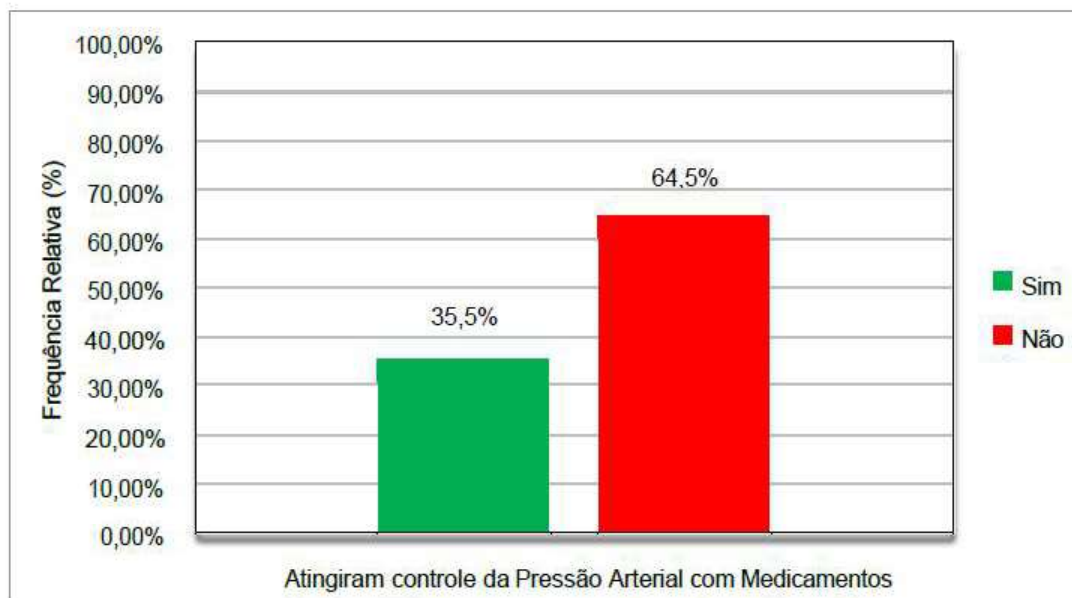
Oliveira et al. (2013) realizaram uma abordagem educativa em uma população composta por 261 hipertensos cadastrados nas unidades de saúde da família da área urbana do município de Januária, estado de Minas Gerais, região sudeste do Brasil, que possuíam idade superior a 18 anos. Os autores observaram melhora nos níveis pressóricos de ambas as pressões, tanto sistólicas quanto diastólicas.

Millar et al. (2014), relataram que modificações no estilo de vida (cessação do tabagismo, perda de peso, treinamento físico, alimentação saudável e melhora nos hábitos alimentares) como objetivo do tratamento não farmacológico para redução da PA talvez não seja suficiente, e a terapêutica medicamentosa se faça necessária (MILLAR, et al., 2014).

Neste cenário, alguns colaboradores fizeram o uso de medicamentos anti- hipertensivos de diversas classes: Agente alfa-agonistas; Diuréticos; Alfabloqueadores; Betabloqueadores; Vasodilatadores diretos; Bloqueadores dos canais de cálcio; Inibidores da enzima conversora da angiotensina; Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II; Inibidores direto da renina e atingiram o

controle dos níveis pressóricos, como pode ser verificado na Figura 11.

**Figura 11 - Distribuição relativa dos colaboradores independente do gênero, que atingiram controle da Pressão Arterial com o uso de medicamentos, acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

De acordo com a Figura 11, é possível discernir a importância do controle dos níveis pressóricos através do uso correto de medicamentos, dado que 35,5% dos colaboradores atingiram as metas.

Jesus et al. (2016) realizou um estudo transversal que incluiu 109 pacientes recrutados do posto de atendimento médico (PAM) José Paranhos Fontenelle, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Manguinhos e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) e, concluiu que o atendimento multidisciplinar pode ter influenciado fortemente a redução da taxa de controle da PA desses pacientes, visto que durante este ensaio clínico os pacientes além de receberem medicamentos foram também orientados sobre a doença e sobre hábitos de vida saudáveis.

Junior (2010), também refere a relação médico/paciente e participação de vários profissionais de saúde na utilização de uma abordagem multidisciplinar



como base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo

Neste contexto, pode se perceber, que a equipe de Medicina Preventiva, após o preenchimento do Formulário Pratique Saúde, identificou os fatores de risco modificáveis e, sensibilizou os colaboradores a partir de um atendimento individualizado e personalizado, no estímulo de prática de hábitos saudáveis.

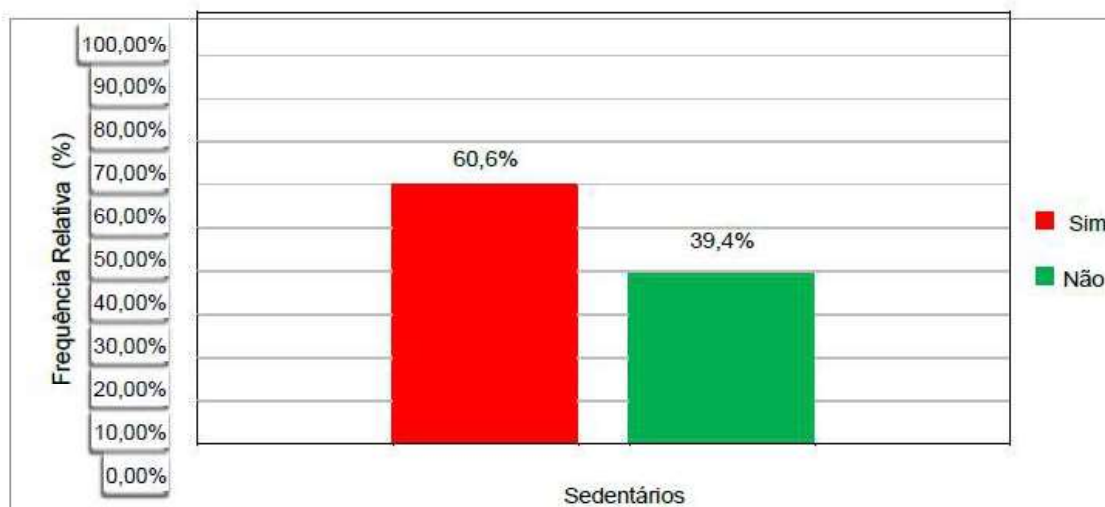
#### 4.4 SEDENTARISMO

A Organização Mundial de Saúde define atividade física “como qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que exija gastos com energia, incluindo atividades realizadas durante o trabalho (...)” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

As recomendações a fim de melhorar a capacidade cardiorrespiratória, saúde óssea, reduzir o risco de DCNT e depressão em adultos com idades compreendidas entre 18 e os 64 anos são: realizar, semanalmente, no mínimo 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Assim, na Figura 12, são identificadas as frequências relativas dos colaboradores sedentários.

**Figura 12 - Distribuição relativa dos colaboradores acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva, que foram identificados como sedentários, fevereiro a outubro de 2015.**

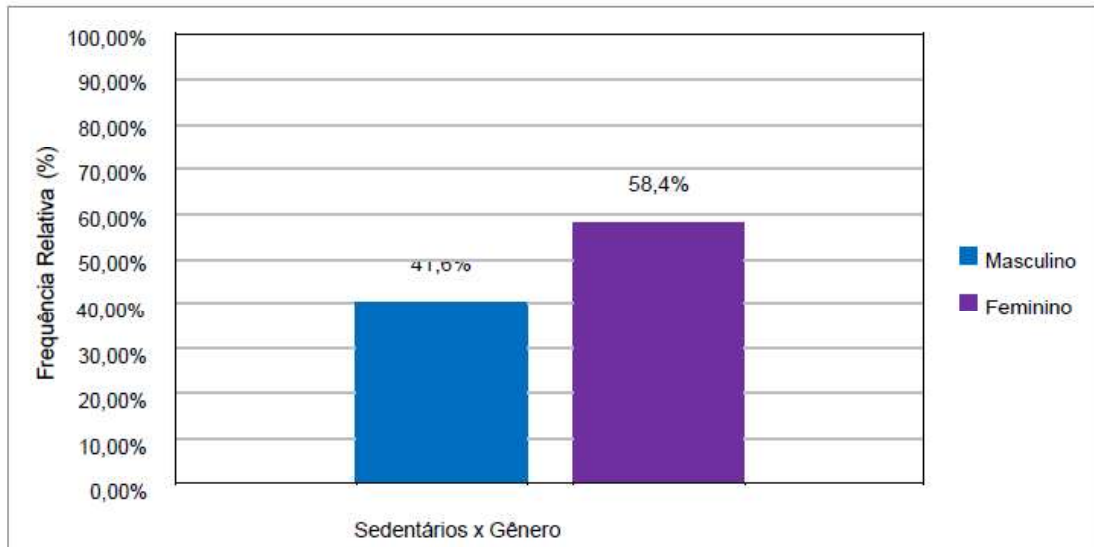


Fonte: Próprio autor, 2017.

A porcentagem de indivíduos incluídos nesta pesquisa encontra-se distribuída por duas categorias, os que praticavam atividade física (39,4%) e os que não praticavam (60,6%).

Considerando o conjunto da população adulta estudada, os resultados se assemelham com o levantamento feito pela Vigitel (2015), realizado nas capitais de 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, de maneira que 45,4% da população não alcançou o nível mínimo de atividades físicas. A Vigitel ainda descreve que este percentual é maior entre as mulheres (53,4%) do que entre os homens (35,3%). Estes resultados, podem ser aferidos com o percentual obtido na presente pesquisa, no qual segue relacionada abaixo, na Figura 13.

**Figura 13 - Distribuição relativa dos colaboradores acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva, em função dos gêneros masculino e feminino, identificados como sedentários, fevereiro a outubro de 2015.**



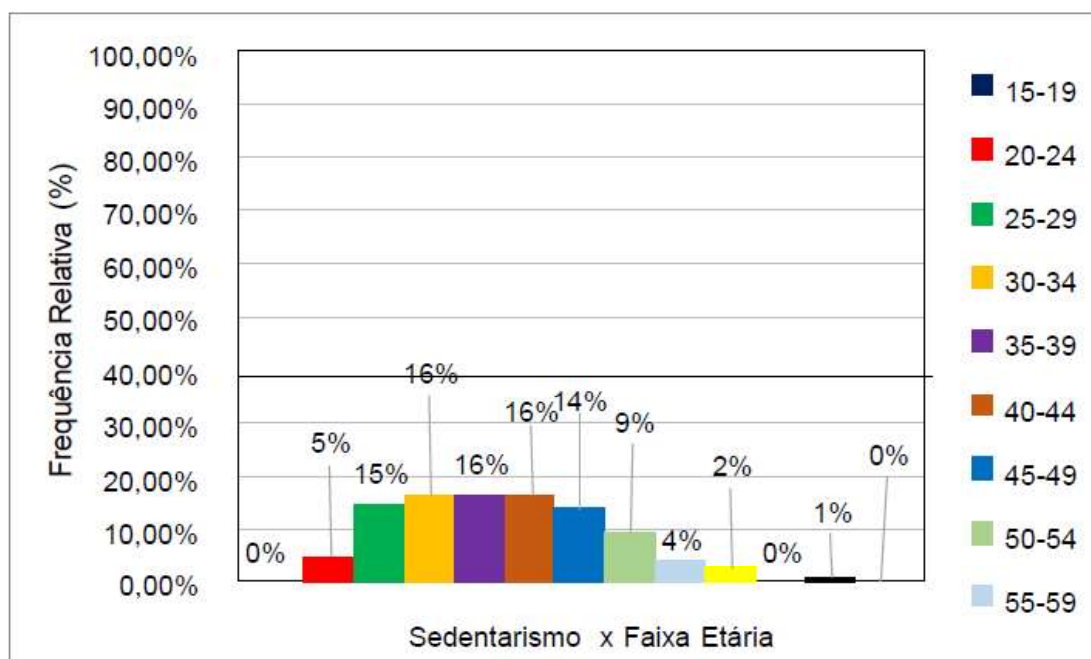
Fonte: Próprio autor, 2017.

A partir dos dados da Figura 13, foi notória a prevalência do sexo feminino comparado ao masculino (58,4% e 41,6% respectivamente). No entanto, é necessário ressaltar que esta tendência se verificou no universo total de colaboradores analisados, sempre com maior predomínio do sexo feminino.

Importante ressaltar que, de todos fatores de risco avaliados pela equipe, o sedentarismo foi o que apresentou maior incidência nas mulheres.

Ramalho; Conte e Gonçalves (2011), realizaram um estudo amostral por acessibilidade, de 663 alunos maiores de 18 anos, regularmente matriculados na instituição de ensino superior, Sorocaba, SP. Para o estudo foi empregado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e encontrou-se frequência de 17,64% de sedentarismo, com predomínio no sexo feminino. Resultados os quais, se assemelham com o estudo em questão.

**Figura 14 - Distribuição relativa das idades dos colaboradores sedentários, independente do gênero, agrupados a partir dos grupos de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS).**



Fonte: Próprio autor, 2017.

Percebe-se que, o aumento da esperança de vida e diminuição das taxas de mortalidade, tem permitido o homem viver mais tempo, porém, é fundamental que este indivíduo viva melhor. Então, faz parte do envelhecimento saudável, práticas saudáveis na fase adulta que favoreça esta longevidade com qualidade de vida.

Preservar a saúde, com mudanças de atitudes torna-se essencial, pois a inatividade física traz prejuízos ao funcionamento de diversos órgãos do nosso corpo, dentre eles o sistema muscular, já que não havendo movimento e exercícios adequados, os músculos simplesmente atrofiam, além de exercer uma influência significativa no aparecimento das DCNT (FELIX, 2015).

Os resultados da Figura 14 indicam o grupo etário sedentário mais representativo. A faixa etária dos 30-34; 35-39 e 40-44 anos, respectivamente houve um destaque (16%), seguindo-se o dos 25-29 anos (15%) e 45-49 anos

(14%). Os grupos menos representativos foram 60-64 anos (2%); 70-74 anos (1%), o do 65-69 anos (0%) e o dos inquiridos com idade inferior a 19 anos e com idade superior a 75 anos (0% cada).

É interessante salientar a idade ativa profissionalmente com maior proporção, corresponde dos 25 aos 49 anos, totalizando 302 (75,3%) colaboradores, perfazendo 77% do total de colaboradores sedentários.

Fica claro ao analisar este percentual, a necessidade de estratégias pela Medicina Preventiva no processo de gerenciamento dos riscos de DCNT, para permitir que o cliente seja capaz de exercer sua consciência crítica e tomada de decisão, com adaptação e modificação nos seus hábitos de vida, na construção dos pilares de uma vida saudável.

Um programa de saúde com múltiplas abordagens relacionadas ao sedentarismo, denominado diagnóstico Nacional do Esporte, realizado pelo Ministério do Esporte de 2011 a 2014, identificou o grau de desenvolvimento do esporte no Brasil (DIESPORTE, 2016). Na sequência, a Tabela 4 apresenta os resultados da bibliografia consultada em termos percentuais.

**Tabela 4 - A prática de esportes e atividades físicas no Brasil, estratificação por faixa etária**

	FAIXA ETÁRIA							Total
	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
<b>Esportivo</b>	44,9%	38,6%	31,7%	22,2%	16,4%	9,6%	5,1%	25,6%
<b>Ativo</b>	22,4%	23,3%	27,6%	31,3%	30,1%	33,9%	30,5%	28,5%
<b>Sedentário</b>	32,7%	38,1%	40,7%	46,4%	53,5%	56,5%	64,4%	45,9%
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Fonte: DIESPORTE; Diagnóstico Nacional do Esporte. O perfil do Sujeito Praticante ou não de Esportes e Atividades Físicas da População Brasileira. Disponível em:**

**[http://www.esporte.gov.br/diesporte/diesporte\\_revista\\_2016.pdf](http://www.esporte.gov.br/diesporte/diesporte_revista_2016.pdf) Acesso em: 02 de março de 2017**

Desta forma, temos subsidio para afirmar que os adultos amostrados no presente estudo, em fase produtiva e os idosos podem ser classificados com maior tendência ao sedentarismo.

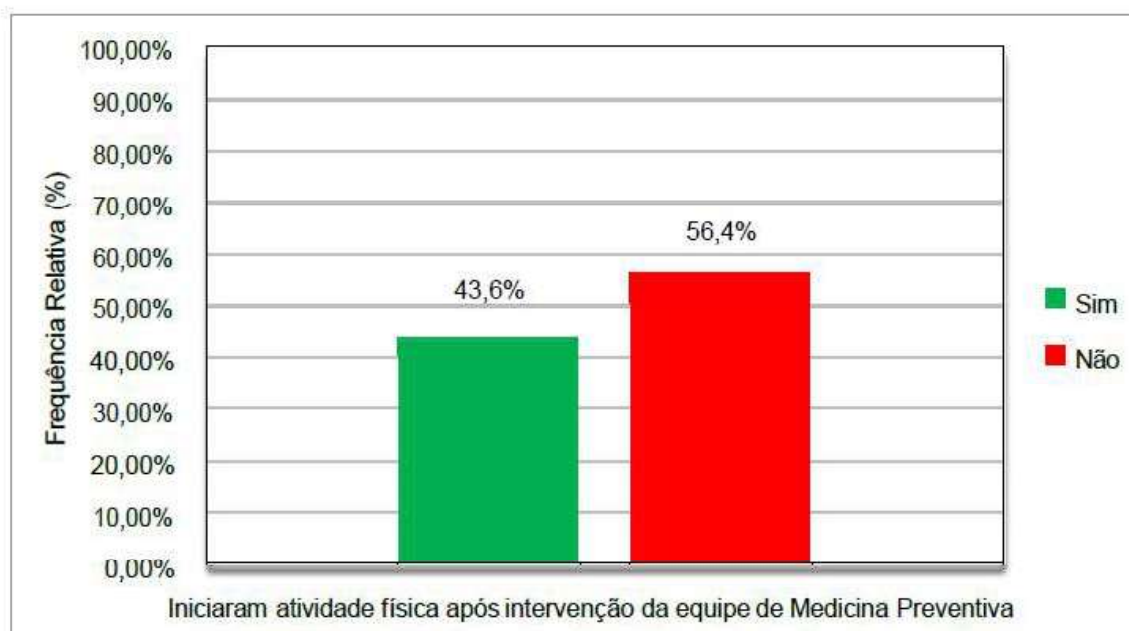
Nessa vertente, o estímulo à atividade física nos adultos em fase produtiva vem sendo difundido nas empresas, pois é claro aos gestores que essa prática traz melhorias na produtividade bem como na qualidade de vida de seus empregados, sobretudo quando há investimento nos colaboradores. Certamente o lucro é muito maior do que apenas se pensa no produto produzido pela empresa, mediante atividade fins (OLIVEIRA; ANDRADE, 2013).

O estudo de Ferreira e Pires (2015) corrobora com este fato sobre a produtividade e aponta que a prática da atividade física em qualquer faixa etária traz melhoria em problemas de saúde e reduz as dores corporais e a depressão.

Ainda neste sentido, Fernandes et al. (2013) destacam que manter estilo de vida ativo e saudável retarda as alterações morfofuncionais que ocorrem com o passar dos anos e, o exercício físico é o método principal de prevenção a doenças próprias da terceira idade.

A seguir a Figura 15 demonstra em termos percentuais os colaboradores que iniciaram atividade física após intervenção da equipe multidisciplinar.

**Figura 15 - Distribuição relativa dos colaboradores independente do gênero, que iniciaram atividade física, acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

Verifica-se na figura 15 que 106 (43,6%) dos colaboradores assistidos pela equipe iniciaram atividade física através de estímulos e orientações individualizadas. Embora tenha sido um percentual inferior aos que permanecem sedentários, as estratégias utilizadas pela equipe se mostraram relevante, uma vez que sensibilizaram os colaboradores para a busca de um estilo de vida saudável a partir de encontros e reflexões.

Logo, entende-se que as intervenções feitas pela equipe multiprofissional, tem um papel importante na construção da autonomia dos colaboradores, na utilização de uma linguagem dialógica, não impositiva, com novas abordagens de educação em saúde, fazendo com que optem por uma melhor qualidade de vida e possam traçar metas, com propósito de alcançar melhorias diante das suas condições de saúde.

Salsi et al. (2013), ao referirem o processo de sensibilização reportam que

a comunicação tem como pilar uma ajuda na escolha de comportamentos, na prevenção de doenças e no desenvolvimento de uma cultura de saúde, transcorre também todas as práticas e ações, a qual inclui principalmente elementos de educação e persuasão de forma democrática e participativa.

O entendimento das orientações feitas pelos profissionais de saúde com consequente prática regular da atividade física, em geral, pode proporcionar vários benefícios à saúde e ainda constitui forma efetiva de prevenção à ocorrência de doenças futuras (SILVA; JÚNIOR, 2011).

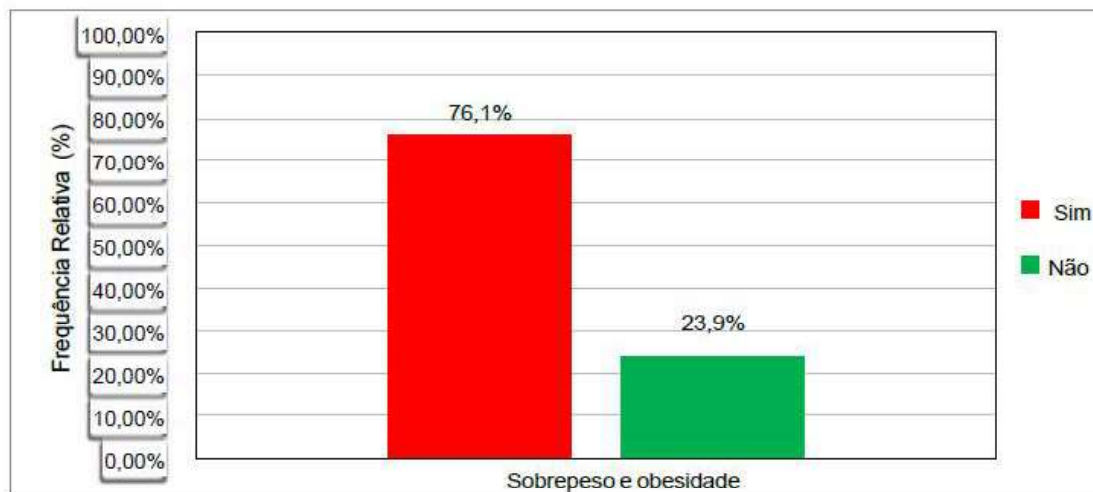
#### 4.5 SOBREPESO E OBESIDADE

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2017), a obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Aproximadamente 18 milhões de brasileiros são atualmente classificados obesos. Somado ao total de indivíduos acima do peso, o montante chega a 70 milhões, o dobro de há três décadas.

A Diretriz Brasileira de Obesidade (2016) salienta que o índice de massa corpórea (IMC) (razão entre o peso em Kg e o quadrado da altura em metros  $\text{Kg/m}^2$ ) é o cálculo mais utilizado para avaliação da adiposidade corporal. O IMC maior ou igual a  $25 \text{ kg/m}^2$  (incluindo a obesidade) é classificado como excesso de peso, IMC entre 25 a  $29,9 \text{ Kg/m}^2$  como sobrepeso e IMC maior ou igual a  $30 \text{ kg/m}^2$  é classificado como obesidade.



**Figura 16 - Distribuição relativa dos colaboradores acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva, que foram identificados como portadores de Sobrepeso e obesidade, fevereiro a outubro de 2015.**



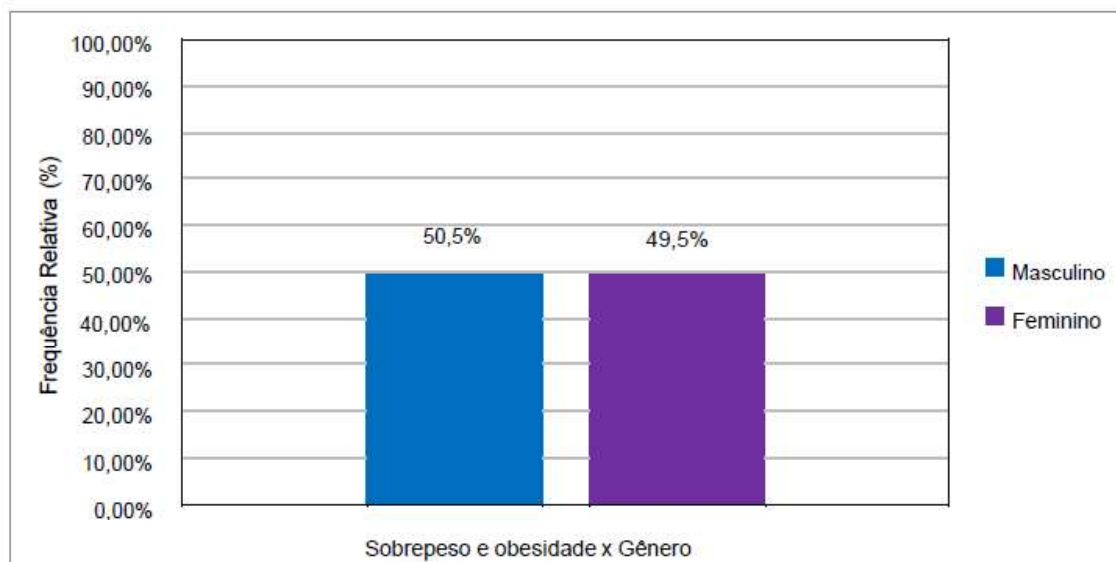
Fonte: Próprio autor, 2017.

A maior parcela dos colaboradores avaliados (76,1%) se classifica com sobrepeso ou obesidade.

Nossos resultados são compatíveis aos dados da Associação Brasileira para o Estudo de Obesidade e Síndrome Metabólica (2017) que apontou 50% da população acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade, principalmente na regiões Sul (56,08%) e Sudeste (50,45%).

Para melhor explorar este cenário, a Figura 17 apresenta a correlação dos gêneros.

**Figura 17 - Distribuição relativa dos colaboradores acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva, em função dos gêneros masculino e feminino, identificados como portadores de Sobrepeso e obesidade, fevereiro a outubro de 2015.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

Esta afirmação reuniu percentual de respostas afirmativas com pequena diferença entre os gêneros, como visto na Figura 17. Sendo que, 03 (01%) colaboradores do sexo masculino sustentam este desnível.

Conforme observado, os homens no presente estudo não apresentam uma predisposição maior não somente ao sobrepeso e obesidade 154 (50,5%), mas também como já retratado anteriormente, à HAS, 69 (64,5%) e tabagismo, 28 (68,3%). Portanto, buscar modificações no estilo de vida se faz necessário, diminuindo os efeitos maléficos destes fatores de risco, para um envelhecimento saudável.

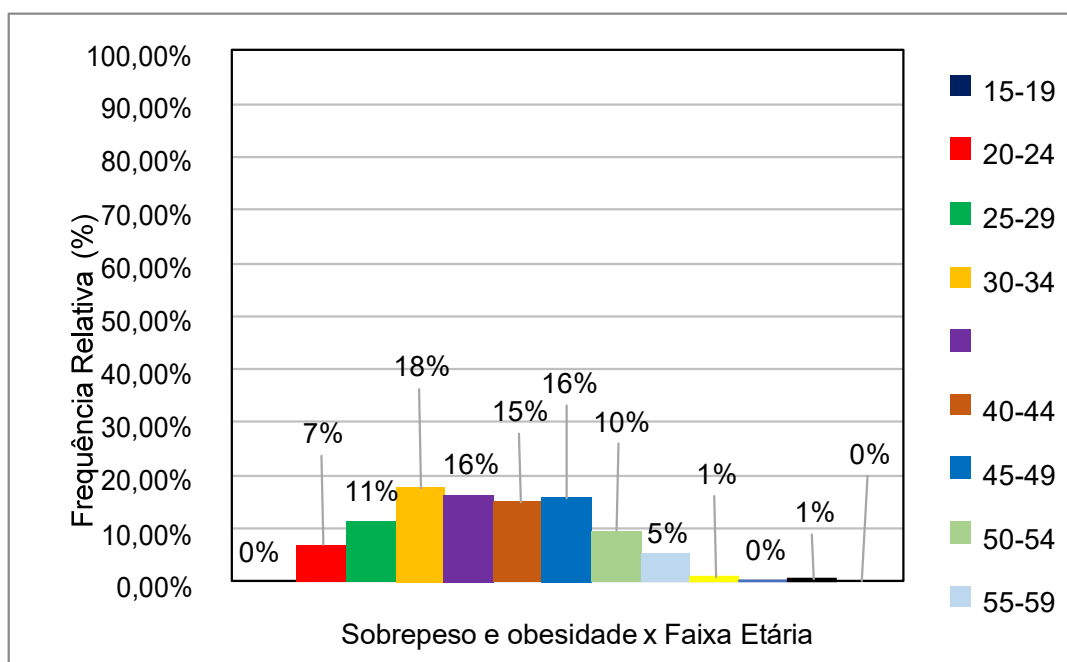
Costa; Vasconcelos e Fonseca (2014) realizaram um estudo transversal para investigar a prevalência de obesidade em funcionários de uma universidade no estado do Rio de Janeiro. Foram entrevistados 299 funcionários (197 homens e 102 mulheres). Houve prevalência do excesso de peso foi de 63,5% (homens 65,0% e mulheres 65,8%). Então, percebe-se que tais resultados, revelam um dos

problemas mais sérios e preocupantes, o excesso de peso evidenciado muitas das vezes, pelo estilo de vida inadequado. Portanto, gerenciar programas de promoção da saúde, com intervenção nutricional e, principalmente buscar práticas e estratégias de educação em saúde se faz necessário.

Quando se analisam os dois resultados, do atual estudo e os descrito pelos autores supracitados, importante notar relação positiva entre o universo feminino e masculino, embora o público de homens acompanhados pela Medicina Preventiva destaca-se percentual maior comparado às mulheres. Conforme mencionado anteriormente, foram acompanhados 208 colaboradores do sexo feminino (51,87%) e 193 indivíduos do sexo masculino (48,13%).

Sobre a idade dos colaboradores, houve uma correlação faixa etária/independente do gênero dos inquiridos e, a faixa dos 30-34 anos (18%) assumiu maior valor no grupo estudado, como pode ser percebido na Figura 18.

**Figura 18 - Distribuição relativa das idades dos colaboradores portadores de Sobrepeso e obesidade, independente do gênero, agrupados a partir dos grupos de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS).**



Fonte: Próprio autor, 2017.

Resultados semelhantes à estes já haviam sido apontados pela Vigitel (2014) quando mostra que população acima de 35 anos têm índices mais elevados quando comparados com jovens.

Uma análise mais global dos resultados possibilita inferir que o percentual de indivíduos com excesso de peso se aproximam bastante de outros estudos, como o realizado por Pinho et al. (2013) em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil. O estudo teve como objetivo avaliar 1.580 indivíduos na faixa etária de 25-59 anos. Foi evidenciado maior prevalência de obesidade em homens a partir de 40 anos e nas mulheres foi verificada maior prevalência a partir de 30 anos.

Necessário retratar que o sedentarismo e a excesso de peso estão fortemente associados com o risco de desenvolver DCNT's integrando-se nos fatores de risco mais consideráveis (CARLUCCI et al., 2013).

Por este ângulo, cabe retomar a apuração dos colaboradores sedentários, independente do gênero, agrupados a partir dos grupos de referência da Organização Mundial de Saúde, assistidos pela Medicina Preventiva e, percebe-se que na faixa etária dos 30-49 anos, houve uma relevância (62%) colacionado com a mesma faixa etária dos colaboradores com excesso de peso, isto é, faixa etária dos 30-49 anos (65%).

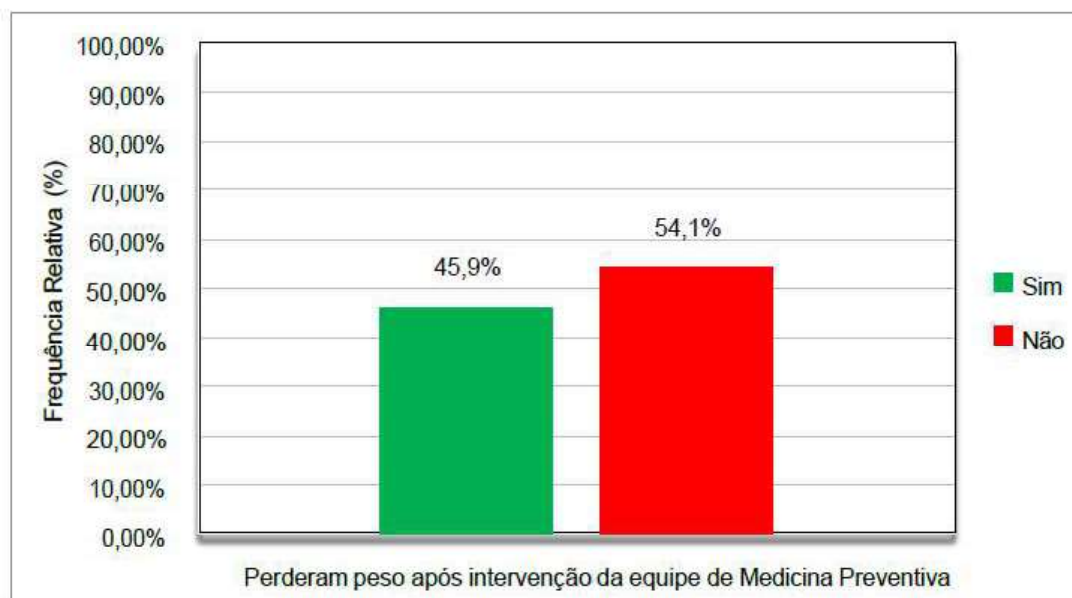
Na observação dos indicadores supracitados, o sedentarismo pode influenciar diretamente não só nos comportamentos de risco para excesso de peso, mas também tende a contribuir para uma piora progressiva da condição de saúde.

A proposta da equipe multidisciplinar da Medicina Preventiva é ajudar os colaboradores no estímulo à atividade física, assim como na reeducação alimentar, com elaboração de um plano alimentar de fácil compreensão e, baseado nas necessidades individuais.

Nas palavras de Santos (2010) adotar novos hábitos alimentares requer uma dieta balanceada e equilibrada, em que se pode comer de tudo, sem privações e sacrifícios, com prazer, sem se privar da vida social. Portanto, é fundamental educar os desejos, a ansiedade e a compulsão para comer.

Para avaliar os colaboradores que perderam peso após intervenções pautadas nesta linha de pensamento supracitada, segue relacionada abaixo a Figura 19.

**Figura 19 - Distribuição relativa dos colaboradores independente do gênero, que perderam peso, acompanhados pela equipe de Medicina Preventiva.**



Fonte: Próprio autor, 2017.

A perda de peso entre colaboradores, ou seja, 140 (45,9%), indica que ações da equipe multidisciplinar, nos moldes de educação em saúde foram efetiva.

Neste sentido, com vistas à promoção da saúde este tipo de abordagem educativa torna viável a transformação do cenário de risco de adoecimento de população com o perfil avaliado, pois podem desencadear mudanças de comportamentos.

Por outro lado, Gaudenzi e Schramm (2010) referem que a ideia de

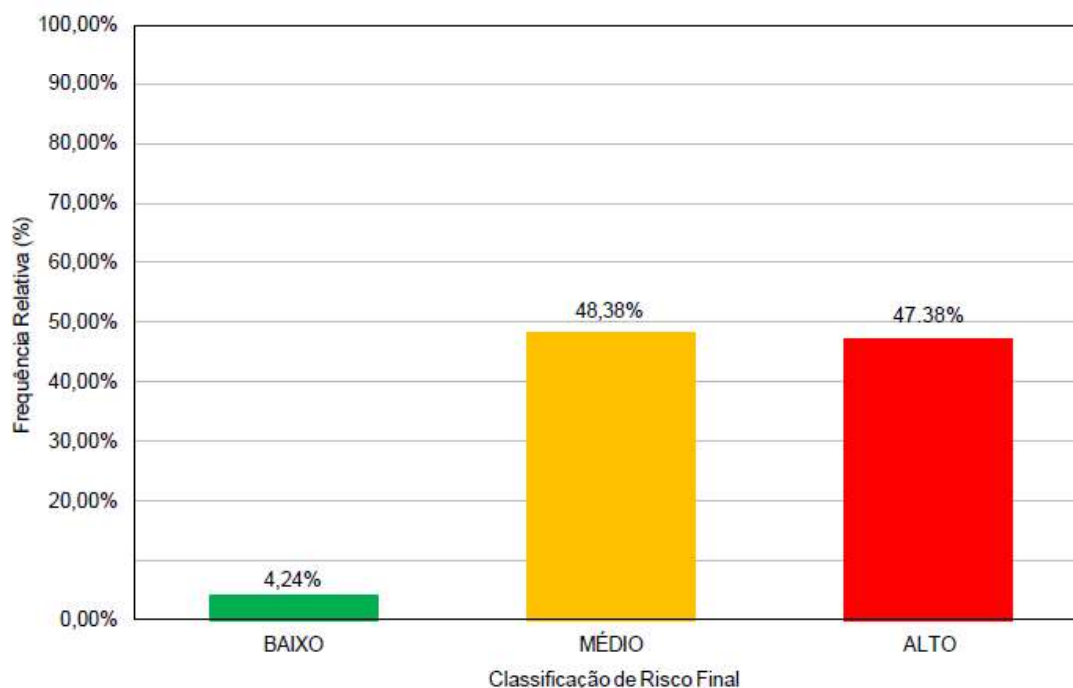
autonomia individual aparece a partir do reconhecimento de suas escolhas, posto que, são responsáveis a partir da assimilação do risco e de comportamentos predeterminados.

Nesta perspectiva, o perfil da qualidade de vida que está atualmente centrado no indivíduo e no seu estilo de vida ratifica que o próprio indivíduo pode possuir as respostas corretas para a classificação do seu perfil da qualidade de vida e saúde, com consequente envelhecimento saudável (JÚNIOR et al., 2013). Contudo, uma estrutura profissional se faz necessária.

#### 4.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS COLABORADORES EMPRESARIAIS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE DE MEDICINA PREVENTIVA APÓS A INTERVENÇÃO

Após a intervenção da equipe multidisciplinar da Medicina Preventiva, os colaboradores acompanhados foram novamente classificados em risco. Os resultados estão apresentados na Figura 20.

**Figura 20 - Distribuição relativa do percentual de colaboradores classificados Grau de Risco\* após o acompanhamento com a equipe de Medicina Preventiva.**



Fonte: Próprio autor, 2017. \*Grau de risco, é determinado pelos valores pressóricos, peso, história familiar, tabagismo, sedentarismo, diabetes e score de framingham, com classificação em baixo, médio ou alto risco, conforme descrito no item 3.3.3 "Critérios de inclusão".

Quanto ao grau de risco estudado, 194 (48,38%) colaboradores foram classificados em médio risco, 190 (47,38%) em alto risco e, 17 (4,24%) em baixo risco. Portanto, é possível demonstrar que, após a intervenção da equipe melhorias tem se alcançadas e os colaboradores mudaram o grau para um menor risco. Pois, 17 (4,24%) colaboradores saíram do médio risco e foram reclassificados como baixo risco.

Ou seja, os dados da Figura 20, demonstram a importância da intervenção de uma equipe de Medicina Preventiva nos moldes da promoção da saúde.

De fato, a promoção e difusão de práticas saudáveis, requer participação de uma equipe multidisciplinar de forma integrada que garanta o cuidado integral. Neste propósito, deve haver articulação de saberes, práticas, olhares diversos, estratégia para a melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações das DCNT (MALTA; MERHY, 2010).

De modo complementar, os achados do presente estudo corroboram com o estudo de Klein e Oliveira (2012), que avaliaram 36 idosos participantes do Projeto Viva a Vida, desenvolvido pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões do município de Santo Ângelo. Os autores empregaram a escala de Framingham, e identificaram 29 (93,5%) colaboradores classificados em baixo risco, 1 (3,2) em risco intermediário e 1 (3,2) em alto risco. Tais resultados permitem concluir que a medida que estímulos em promover saúde e bem-estar, como prática de atividade física regular, melhoria nos hábitos alimentares, abandono do tabagismo, perda favorável de peso, controle dos níveis pressóricos, dentre outras mudanças no estilo de vida sejam implementadas nos indivíduos em fase adulta, conseqüentemente os riscos na terceira idade são minimizados.

Neste sentido, o resultado positivo sobre mudanças do grau de risco (médio risco para baixo risco) poderiam ser explicados em parte pela adesão dos colaboradores às atividades propostas pela equipe de Medicina Preventiva.

Constata-se, portanto que, quantificar o risco cardiovascular global e realizar o levantamento da prevalência de fatores de risco numa população como prevenção é a melhor terapêutica, no sentido de combater os fatores de risco através de ações educativas em saúde, para tornar o envelhecimento saudável (MARTINS et al., 2011).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na apresentação do trabalho, foram demonstradas as particularidades do programa Medicina Preventiva, tanto do ponto de vista da mudança no estilo de vida dos colaboradores empresariais acompanhados quanto da atuação da equipe multidisciplinar neste processo. O presente estudo tem ampla importância para o conhecimento sobre a realidade das condições de saúde dos colaboradores que atuam no segmento de empresas.

O conceito da transição epidemiológica tem direcionado o foco das operadoras de plano de saúde para a construção de modelos assistenciais de gerenciamento com o propósito de intervenção em DCNT.

Neste sentido, é fundamental um trabalho com abordagens de educação em saúde, que propõe conciliar os avanços científicos e tecnológicos com a construção e reconstrução do ser humano, na utilização uma prática pedagógica sistêmica, com base nas necessidades do indivíduo e da coletividade. A equipe multiprofissional, nesta nova concepção, é percebida como uma peça importante para o desenvolvimento de tecnologias gerenciais e educativas na adaptação deste modelo preventivo de atenção à saúde.

A aplicação de ferramentas educativas e sua ação na autonomia dos colaboradores com mudança de paradigma foi abordada neste estudo, sob o esclarecimento da mudança do paradigma assistencial; as bases de promoção da saúde e a educação em saúde no contexto de Medicina Preventiva. Revisou-se que, dentro desse novo contexto de atenção à saúde, uma assistência dialógica e participativa, com difusão de orientações de forma interativa e prazerosa, aproxima o conteúdo científico ao cotidiano das pessoas, com consequentes mudanças

favoráveis no estilo de vida.

Fica claro dentro dos conceitos apresentados que é de suma importância uma abordagem multiprofissional nos moldes da promoção da saúde e prevenção de doenças à colaboradores empresariais, pois os indivíduos desenvolvem habilidades favoráveis à saúde após suas decisões, contribuindo para um envelhecimento saudável com qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.S.A.; STOPA, S.R.; BRITO, A.S.; CHUERI, P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira**: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(2): 297-304, abr-jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf> Acesso em: 15 de março de 2017.

ARAUJO, A. J. **Tabagismo na adolescência: por que os jovens ainda fumam?** J. bras. pneumol. vol.36 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132010000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000600002) Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL. **História da Organização e Consolidação do Setor**. Publicação da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas. São Paulo/ SP. 1980-2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DE OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da obesidade. 2017** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade> Acesso em 02 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%20diretriz%20brasileira%20de%20obesidade.pdf> Acesso em 02 de março de 2017.

BARRETO, S. M.; COSTA, M. F. L. **Tipos de estudos epidemiológicos**: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia. Serv. Saúde. V. 12 n.4 Brasília, Dez. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso: 16 de maio de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – **Brasília : CONASS, 2007**. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf) Acesso em: 04 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – **Brasília: Ministério da Saúde, 2014**. 120p.: il. –(Série G. Estatística e Informação em Saúde) 1. Doença crônica. 2. Fatores de risco. 3. Vigilância. I. Título. II. Disponível

em: file:///C:/Users/Dani/Downloads/CITAR%20vigitel-2013.pdf Acesso em 11 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – **Brasília : Ministério da Saúde, 2015**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf) Acesso em: 17 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – **Brasília : Ministério da Saúde, 2017**. 170 p.: il. Disponível em: [file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%202015\\_vigitel.pdf](file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%202015_vigitel.pdf) Acesso em 11 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica. 2013**; 28(1): 23-39. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf) Acesso em: 21 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) Acesso em: 03 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> Acesso: 14 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso**/ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. rev. –Brasília:

Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional, 2010.

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,1,2,-2,-3,128&ind=4707>. Acesso em: 23 de janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. Disponível em :

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresmini\\_m\\_os/conceitos.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresmini_m_os/conceitos.shtm). Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em 03 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)

Acesso em: 04 de março de 2017.

BONITE, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª Edição. São Paulo, Santos. 2010.

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. Saúde Debate; Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 252-264, Outubro de 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf> Acesso

em 15 de março de 2017.

CARLUCCI, E. M.S.; GOUVÊA, J.A.G.; OLIVEIRA, A.P.; SILVA, J.D.; CASSIANO, A.C.M.; BENNEMANN, R. M. **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular**. Com. Ciências Saúde. 2013; 24(4): 375-384. Disponível em:

[file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%202013Vol24\\_4\\_7\\_ObesidadeSedentarismo.pdf](file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%202013Vol24_4_7_ObesidadeSedentarismo.pdf) Acesso em 11 de março de 2017.

CAVALCANTE, C. A. A.; NÓBREGA, J.A.B.; ENDERS, B.C.; MEDEIROS, S.M. **Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico**. Artigo de atualização.

Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(1):241-248. Disponível

em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n1/v10n1a23.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/v10n1a23.htm)>. Acesso: 14 de maio de 2015.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. **Educação em Saúde: Percepção dos Enfermeiros da Atenção Básica em Uberaba (MG).**

Departamento de Enfermagem em Educação em Saúde Comunitária, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba/MG. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. **Caderno de informação técnica e memória de Progestores.** Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, 2).

COSTA, M.A.P.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, M.J.M. **Prevalência de Obesidade, Excesso de Peso e Obesidade Abdominal e Associação com Prática de Atividade Física em uma Universidade Federal.** Rev Bras Epidemiol abr-jun 2014; 421-436. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%20preval%C3%Aancia%20do%20excesso%20de%20peso.pdf> Acesso em 09 de março de 2017.

COSTA, N.R. **A estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras.** Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1389.pdf> Acesso em: 15 de março de 2017.

DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA COM ACORDO ORTOGRÁFICO. **Porto: Porto Editora, 2003-2017.** Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/paradigma> Acesso em: 04 de março de 2017.

DIESPORTE. Diagnóstico Nacional do Esporte. **O Perfil do Sujeito Praticante ou não de Esportes e Atividades Físicas da População Brasileira.** Ministério do Esporte, Caderno 2, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%20diesporte revista 2016%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%20diesporte%20revista%202016%20(1).pdf) Acesso em 11 de março de 2017.

FELIX, P.R. Atividade Física na Terceira Idade. **Estudo comparativo entre praticantes de atividade física\_2016%20(1).pd** Dissertação Mestrado em Ciências da Educação – Educação Sênior. 2015. Universidade da Madeira. Disponsidade da <http://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/870/3/MestradoPauloF%C3%A9lix.pdf> Acesso em: 17 de mar/2017

FERLA, J. B. S. **A formação Inicial do Enfermeiro Sob o Paradigma Ético-Humanista: Ênfase às Relações Interpessoais.** Curitiba: 2010. (Artigo). Disponível em: <<http://www.radarciencia.org/docentes-de-enfermagem/>>. Acesso: 14 de maio de 2015.

FERNANDES, N.P.; BEZERRA, C.R.M.; NETO, J. S.; BATISTA, V.L. M.; PEDROSA, C. C. L. M. **A Prática Do Exercício Físico para Melhoria da Qualidade De Vida e Controle da Hipertensão Arterial na Terceira Idade.** Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Dez.

2013;11(3):60-6. Disponível em: [file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%20A-pr%C3%A1tica-de-exerc%C3%ADcio-f%C3%ADsico-para-melhoria-da-qualidade-de-vida\\_editado.pdf](file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%20A-pr%C3%A1tica-de-exerc%C3%ADcio-f%C3%ADsico-para-melhoria-da-qualidade-de-vida_editado.pdf) Acesso em 11 de março de 2017.

FERREIRA, D. L. **Impacto de uma Prática Educativa Implementada no Programa de Promoção da Saúde da Unimed Sete Lagoas**. Universidade Gama Filho, Fundação Unimed. Belo Horizonte – MG, 2009. (Artigo)

FERREIRA, T.K.A.; PIRES, V.A.T.N. **Atividade Física na Velhice: Avaliação de um Grupo de Idosas sobre seus Benefícios**. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, V. 8 - N. 1 - Jul./Ago. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/citar%20.%20baixar%20artigo%20na%20net.pdf> Acesso em 09 de março de 2017.

FILHO, W. C. P. **Marketing de Organizações em Saúde**. Fundação Getúlio Vargas. 2010.

FLECK, M. P. A & Colaboradores. **A Avaliação de Qualidade de Vida**. Guia para Profissionais da Saúde. Conceitos e Aplicações do Whoqol. Porto Alegre. 228p. RS. Editora Artmed, 2008.

FORTIN, M.; CHOUINARD, M.C.; BOUHALI, T.; DUBOIS, M.F.; GAGNON, C.; BÉLANGER, M. **Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care**. **BMC Health Services Research** 2013; 13:132-145. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-132>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

FRAMINGHAM HEART STUDY. **A Project of the National Heart, Lung, and Blood Institute and Boston University, 2017**. available in: <https://www.framinghamheartstudy.org/risk-functions/cardiovascular-disease/10-year-risk.php>. Access on January 24, 2017

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 31ed. 79p. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F.R. **The paradigmatic transition of healthcare as a citizen's duty: a look at bioethics in public health**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.33, p.243-55, abr./jun. 2010. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a02v14n33.pdf> Access on March 4, 2017.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. (Org.). Belo Horizonte: UFMG, 2006.

GAZIANO, T.A.; PAGIDIPATI, N. Scaling Up Chronic Disease Prevention Interventions in Lower and MiddleIncome Countries. Ann.Rev. Public Health 2013;

34:137-335. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3686269/>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem**. Versões e interpretações. 2 ed. Reimpressão. Rio de Janeiro: 2005.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro – RJ. 1,110p. Editora Fiocruz, 2008.

**GLOBAL RECOMMENDATIONS ON PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH**, 18–64 years old. World Health Organization 2011. Available from: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/citar%20physical-activity-recommendations-18-64years.pdf> Acesso on february 12,2017.

GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf> Acesso em: 15 de março de 2017.

HAESER, L.M.; BUCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, vol. 22 no.2. Rio de Janeiro, abril/Junho de 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200011) Acesso em 04 de março de 2017.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Mensal de Emprego. 2010**. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa Mensal de Emprego/fasciculo\\_indicadores\\_ibge/2016/pme\\_201601pubCompleta.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Mensal_de_Emprego/fasciculo_indicadores_ibge/2016/pme_201601pubCompleta.pdf). Acesso em 24 de janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Distribuição Populacional. Senso Demográfico de 2010**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_resultados\\_a\\_mostra.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_a_mostra.shtm) Acesso em: 17 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. **População Economicamente Ativa (PEA)**. Conceitos. 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm> Acesso em: 17 de março de 2017.

JESUS, M.C.P.; SILVA, M.H.; CORDEIRO, S.M.; KORCHMAR, E.; ZAMPIER, V.S.B.; MERIGHI, M.A.B. **Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach**. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):71-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/0080-6234-reeusp-50-01->



[0073.pdf](#) Acesso on february 11,2017

JÚNIOR, O.K. **Tratamento medicamentoso**. J. Bras. Nefrol. vol.32 supl.1 São Paulo Sept. 2010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002010000500008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500008) Acesso em: 11 de fevereiro de 2017

JÚNIOR, G.R.C.; TONELLO, L.; NEVES, R.L.R.; RIBEIRO, J.C.; MIRANDA, E.F. **Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão. Revista Amazônia**. 2013;1(1):33-40. Disponível em:

<file:///C:/Users/Dani/Downloads/citar%20artigo%20qualidade%20de%20vida.pdf> Acesso em: 11 de março de 2017.

KLEIN, K.B.; Oliveira, T. B. **Avaliação dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Idosos Participantes do Projeto Viva a Vida no Município de Santo Ângelo, RS**. Faculdade de Farmácia da Universidade

Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Campus de Santo Ângelo, Departamento de Ciências da Saúde, 98802-000, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Far. 93(2): 215-220, 2012. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-2-14.pdf> Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

LEI Nº 8080/90 – **Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras Providências**. 19 de setembro de 1990.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso: 14 de maio de 2015.

LEI Nº 9.656 – **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. 03 de junho de 1988. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm). Acesso: 08 de março de 2017.

LEI Nº 8.142 - **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. 28 de dezembro de 1990. Disponível

em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

LEI 9.961/00 – **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências**. 28 de janeiro de 2000. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm). Acesso: 08 de março de 2017.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of non- transmissible chronic diseases. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf> Acesso em: 17 de março de 2017.

MALTA, D.C.; MOURA, L.; PRADO, R.R.; ESCALANTE, J.C.; SCHIMIDT, M.I.; DUNCA, B.B. **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(4):599-608, out-dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf> Acesso em: 15 de março de 2017.

MARTINS, C.D. Perfil dos Trabalhadores Assistidos por uma Operadora de Planos de Saúde: Um Estudo de Intervenção. Maestria (Sete Lagoas), v. 11, p. 53-70, 2013.

MARTINS, L.N.; SOUZA, L. S.; SILVA, C. F.; MACHADO, R. S.; SILVA, C.E.F.; VILAGRA, M. M.; CARVALHO, C.V.A.; PEREIRA, A.B.C.N.G. **Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos Admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ**. 2011  
Disponível em:  
[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011\\_05/2a\\_2011\\_v24\\_n05\\_04prevalencia.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_05/2a_2011_v24_n05_04prevalencia.pdf). Acesso em: 06 de março de 2017

MARTINS, M.T.S.L.; Rodrigues, T. **Considerações a respeito da vida de mulheres trabalhadoras de mais idade das camadas populares**. (2013, junho). *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3), pp. 179-194. Online ISSN 2176-Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18532/13719>. Acesso em: 23 de janeiro de 2017.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde; CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011.  
Disponível em:  
[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf) Acesso em 15 de março de 2017.

MILLAR, P.J.; MCGOWAN, C.L.; CORNELISSEN, V.A.; ARAUJO, C.G.; SWAINE, I.L. **Evidence for the role of isometric exercise training in reducing blood pressure: potential mechanisms and future directions**. Sports Med [Internet]. 2014. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40279-013-0118-x#page-1> [ Links ] Access on January 12, 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília (DF); 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Série Pactos pela Saúde, 8). Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_recomendacoes\\_cuidado\\_do\\_en\\_cas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_do_en_cas_cronicas.pdf) Acesso em: 04 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** / Secretaria de Vigilância em Saúde. – v. 12, n. 1 (jan./mar. 2003)- . – Brasília, 2003. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/epidemiologia\\_servicos\\_saude\\_volume2](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/epidemiologia_servicos_saude_volume2)

[1\\_n4.pdf](#) Acesso em 04 de março de 2017.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services.** London, 1920. OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização PanAmericana da Saúde/ OMS. 2007. Disponível em:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_a\\_mericas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_a_mericas.pdf) Acesso em 13 de março de 2017.

Muraro, A. P.; Santos, D. F.; Rodrigues, P. R. M.; Braga, J. U. **Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008.** Rio de Janeiro, RJ. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/24.pdf> Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L.P.; FERNANDES, A.P.C. **Eficácia da Educação em Saúde no Tratamento Não Medicamentoso da Hipertensão Arterial.** Acta Paul Enferm. 2013; 26(2):179-84. 17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a12.pdf> Acesso em: 11 de fevereiro de 2017.

OLIVEIRA, A. P.; ANDRADE, D. R. **Influência da prática de atividade física nos Programas de Promoção da Saúde nas empresas privadas: uma revisão bibliográfica.** O Mundo da Saúde, São Paulo, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/citar....pdf> Acesso em: 09 de março de 2017.

OGATA, A, J.; José N. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação.** Brasília, DF: OPAS, 2014. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/laboratorio\\_inovacao\\_2013.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/laboratorio_inovacao_2013.pdf) Acesso em 04 de março de 2017.

PAINEL DE INDICADORES DO SUS N 06. **Temático Promoção da Saúde.** Brasília – DF, 2009.

PACHECO, F.G.L.; OLIVEIRA, I.R.S. **A enfermagem do trabalho na promoção da saúde e prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores da indústria de siderurgia.** Volta Redonda, RJ 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/CITAR.pdf> Acesso em 07 de março de 2017.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. **O relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. The FlexnerReport: For Goodand for Bad.** Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (4): 492-499; 2008. (Artigo). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>. Acesso: 14 de maio de 2015.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 09 de maio de 2011. Disponível em:< [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)>. Acesso: 24 de janeiro de 2017.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 596p. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, R.A.; SOUZA, R.A.A.; VALE, J.S. **O processo de transição epidemiológica no brasil: uma revisão de literatura**. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 6(1): 99-108, jan-jun, 2015. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/322> Acesso em: 17 de março de 2017.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR : 2015 / IBGE, **Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect> Acesso em: 10 de fevereiro de 2017

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE: 2013 – **Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2014. 181 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/24/PNS-Volume-1-completo.pdf> Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

PORTARIA Nº 399 - **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf) Acesso em: 17 de março de 2017.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**.432p. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª edição. Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul – Brasil, 2013.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: **Manual Técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar**. 4 ed. rev. e atual. 244 p. - Rio de Janeiro: ANS, 2011.

PINHO, C.P.S.; DINIZ, A.S.; ARRUDA, I.K.G.; FILHO, M.B.; COELHO, P.C. SEQUEIRA, L.A.S.; LIRA, P.I.C. **Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):313-324, fev, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar....pdf> Acesso em 11 de março de 2017.

RADOVANOVIC, C. A. T.; SANTOS, L. A.; CARVALHO, M.D.B.; MARCON, S. S. **Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul.-ago. 2014;22(4):547-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf) Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

RAMALHO, L.C.B.; CONTE, M.; GONÇALVES, A. **Sedentarismo entre universitários de município do interior paulista segundo sexo, idade e curso.** *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires - Año 16 - Nº 158 - Julio de 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd158/sedentarismo-entre-universitarios-segundo-idade.htm> Acesso em: 15 de março de 2017.

RESOLUÇÃO Nº 453 - Define funcionamento dos conselhos de saúde. 1 de maio de 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html) Acesso em: 17 de março de 2017.

RESOLUÇÕES NORMATIVAS, RN 94 - Dispõe sobre os Critérios para o Deferimento da Cobertura com Ativos Garantidores da Provisão de Risco Condicionada a adossão, pelas Operadoras de Plano de Assistência à Saúde, de Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças de seus Beneficiários. 23 de março de 2005. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=664&id\\_o\\_riginal=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=664&id_o_riginal=0)>. Acesso: 14 de maio de 2015.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 – Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf)>. Acesso: 14 de maio de 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, RJ. 6 edição. 708p. Medsi Editora Médica e Científica Ltda. Editora Guanabara Koogan S.A. 2003.

SALSI, M.A.; MACENO, P.; ROZZA, S.G.; SILVA, D.M.G.V.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões.** enferm. vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100027&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100027&script=sci_arttext&lng=pt) Acesso em: 16 de maio de 2017.

SANTOS, M.A.S.; OLIVEIRA, M.M.; ANDRADE, S.S.C.A.; NUNES, M.L.; MALTA, D.C.; MOURA, L. **Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):389- 398, jul-set 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00389.pdf> Acesso em: 15 de março de 2017.

SBC. 2016. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão.** Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf) Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

SCHMIDT, Maria Inês *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** 09 de maio de 2011. Disponível em: <[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)>. Acesso: 14 de maio de 2015.

SANTOS, L.A.S. **Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [ 2 ]: 459-474, 2010.

Disponível em:

<file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar...%20nutri%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2017.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **O que é a obesidade?**

Março de 2017. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/o-que-e-obesidade/>

Acesso em 03 de março de 2017.

SILVA, P.V. C.; JÚNIOR, Á.L.C. **Efeitos da Atividade Física para a Saúde de Crianças e Adolescentes.** Psicol. Argum., Curitiba, v. 29, n. 64, p. 41-50 jan./mar. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Citar%205.pdf> Acesso em 08 de março de 2017.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto**

**de mudanças.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010. Disponível em:

<http://www.readcube.com/articles/10.1590/s0104-12902010000300004> Acesso

em: 14 de março de 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Victora, C. G.; Barreto, M. L.; Leal, M.C.; Monteiro, C.A.; Schmidt, M.I.; Pain, J.

**Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer.** Saúde no Brasil. 2011; 6 (Supl.1): S90-S103.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Global Status Report on noncommunicable diseases. 2014. Available

from:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1) [Links] Access on January 12, 2017.

\_\_\_\_\_. Who Report on the Tobacco Epidemic, 2011.

Spanish. Available

from: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/exec\\_summary/en](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en) Access on

January 12, 2017.

\_\_\_\_\_. **Physical Activity.**

Available from: [www.who.int](http://www.who.int) Access on January 12, 2017



# ANEXO I – FORMULÁRIO PRATIQUE SAÚDE

VIVER BEM		FORMULÁRIO PRATIQUE SAÚDE	
Grau de risco: _____		Data: ____/____/____	
<b>Dados Pessoais</b>			
Nome: _____		Empresa: _____	
Telefone de contato: ( ) _____ / ( ) _____		Idade: _____	
Profissão: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino		Endereço Rua: _____	
Nº _____ Bairro _____		Cidade _____	
CEP _____ E-mail _____		Código da Carteira _____	
Grau de escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Fundamental ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) Curso técnico ( ) 3º grau ( ) Pós-graduação ( especialização, mestrado, doutorado) Em andamento: _____			
<b>Informações de Saúde</b>			
1) Faz uso de bebidas alcoólicas? ( ) Não ( ) Sim (Caso sim, favor preencher abaixo)			
<b>Questionário Alcoolismo</b>			
C - Alguma vez já sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
A - As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
G - Sente-se culpado pela maneira como costuma beber? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
E - Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
2) Fuma? ( ) Não, nunca fumou ( ) Não, mas parou de fumar há _____ anos ( ) Sim, há _____ anos			
Quantidade de cigarro por dia: _____ Tipo de cigarro: _____			
3) Você se sente estressado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
4) Você se sente deprimido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
5) Quantas horas dorme em média por dia? ( ) Menos que 6 horas ( ) De 6 a 8 horas ( ) De Mais de 8 horas			
6) Quantos copos de água ingere por dia? ( ) 1 a 2 copos ( ) 3 a 4 copos ( ) 5 a 7 copos ( ) Mais de 8 copos			
7) Como considera seus hábitos alimentares? ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim Obs.: _____			
8) Quantas horas você trabalha por dia?			
9) Nos últimos 12 meses, quantos dias no total você deixou de trabalhar por motivos relacionados a sua saúde?			
10) Você diria que a sua saúde é: ( ) Excelente ( ) Muito Boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim			
<b>Favor preencher até esta linha!</b>			
11) Você é ou já foi portador de:			
( ) Hipertensão (Pressão Alta) ( ) Diabetes ( ) Colesterol alto ( ) Depressão ( ) Convulsão			
( ) Dislipidemia ( ) Anemia ( ) Leucemia ( ) Hemofilia ( ) Enxaqueca			
( ) Problemas circulatórios			
Problemas na tireoide ( ) Hipotireoidismo ( ) Hipertireoidismo			
( ) Problemas respiratórios: "Asma, Bronquite, Sinusite" ( ) Deficiência auditiva			
( ) Deficiência física ( ) Deficiência mental			
( ) Problemas oftalmológicos ( ) Problemas gastrointestinais			
( ) Outros: _____			
12) Pratica atividade física? ( ) Não ( ) Sim			
Frequência: ( ) 1 x/semana ( ) De 2 a 3 x/semana ( ) De 4 a 7x/semana			
Tipo de atividade: ( ) Caminhada ( ) Corrida ( ) Spinning ( ) Musculação ( ) Hidroginástica ( ) Pilates ( ) Natação			
( ) Jump ( ) Artes Marciais e luta ( jiu-jitsu, Karatê, Judô) ( ) Localizada ( ) Bicicleta ( ) Dança			
( ) Outros: _____			
( ) Maior ou igual: 150 minutos semanais de atividade física aeróbica moderada			
( ) Menos que: 150 minutos semanais de atividade física aeróbica moderada			
( ) Maior ou igual: 75 minutos semanais de atividade física aeróbica intensa			
( ) Menos que: 75 minutos semanais de atividade física aeróbica intensa			
13) Atualmente você apresenta algum destes sintomas (nas últimas 2 semanas)? ( ) Dor de cabeça ( ) Muita sede			
( ) Cansaço sem causa aparente ( ) Urina bastante ( ) Falta de ar ( ) Tosse sem causa aparente ( ) Dor no peito			
( ) Falta de apetite ( ) Ganho ou perda de peso muito rápido ( ) Dor ou desconforto na região cervical			
( ) Dor ou desconforto na região lombar ( ) Dor ou desconforto na região torácica			
( ) Outros: _____			

## Informações de Saúde

- 14) Tem um médico de referência? ( ) Não ( ) Sim | Nome do médico assistente: \_\_\_\_\_
- Internações Anteriores: Sim ( ) Não ( ) Motivo: \_\_\_\_\_
- Cirurgias anteriores: Sim ( ) Não ( ) Motivo: \_\_\_\_\_
- 15) Faz uso contínuo de algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim
- Quais medicamentos, dosagem diária (mg)? \_\_\_\_\_

## Abordagem preventiva

- 16) Qual a última vez que foi ao médico? ( ) Menos de 1 ano ( ) De 1 a 2 anos ( ) Mais de 2 anos
- Especialidade: ( ) Clínico Geral ( ) Cardiologista ( ) Ginecologista ( ) Geriatria ( ) Endocrinologista
- Outra especialidade: \_\_\_\_\_
- 17) Enxerga bem? ( ) Não ( ) Sim
- 18) Qual foi a última vez que foi ao oftalmologista?
- ( ) Nunca foi ( ) Menos de 1 ano ( ) De 1 a 3 anos ( ) Mais de 3 anos
- 19) Realização de Exame Preventivo de câncer de colo de útero – Papanicolaou (mulheres de 25 a 59 anos)
- ( ) Em dia ( ) Em atraso ( ) Nunca fez ( ) Não indicado
- 20) Realização de Mamografia (mulheres acima dos 40 anos) ( ) Em dia ( ) Em atraso ( ) Nunca fez ( ) Não indicado
- 21) Pesquisa de sangue oculto nas fezes (clientes acima dos 50 anos) ( ) Em dia ( ) Em atraso ( ) Nunca fez ( ) Não indicado
- 22) Acompanhamento com o Urologista (homens acima dos 40 anos) ( ) Em dia ( ) Em atraso ( ) Nunca fez ( ) Não indicado ( ) Realizado toque retal ( ) PSA
- 23) Pesquisa de sangue oculto nas fezes (clientes acima dos 50 anos) ( ) Em dia ( ) Em atraso ( ) Nunca fez ( ) Não indicado
- 24) Qual a última vez que foi ao dentista? ( ) Nunca foi ( ) Menos de 1 ano ( ) De 1 a 2 anos ( ) Mais de 2 anos
- 25) O cartão de vacina está: ( ) Atualizado ( ) Desatualizado ( ) Não foi avaliado

## História Familiar

26) Possui histórico familiar de:

- ( ) Coronariopatia prematura, parente de 1º grau do sexo feminino, com idade menor que 60 anos.
- ( ) Coronariopatia prematura, parente de 1º grau do sexo masculino, com idade menor que 50 anos.

	País	Irmãos	Avós	Tios diretos	Primos	Parentes distantes
Doença Mental						
Câncer						
Doença Renal Crônica						
Diabetes Pressão Alta						
Problemas cardíacos						
Problemas renais						
Acidente Vascular Encefálico						
Álcool						
Morte súbita						
Outros						

## Dados de saúde

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Circunferência Abdominal: \_\_\_\_\_ cm Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl

27) Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28) Conduta: \_\_\_\_\_

Profissional Responsável: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_



## ANEXO II – PRONTUÁRIO PRATIQUE SAÚDE

Medicina Preventiva  
Unimed

PRONTUÁRIO PRATIQUE SAÚDE  
Unimed

Avaliação N° 03 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Exercício físico	Bebida alcoólica	Tabagismo	Diabetes	Hipertensão Arterial Sistêmica
( ) Sim ( ) 1 ( ) 2 ( ) >3 Semana	( ) Sim Cade _____	( ) Sim	( ) Sim	( ) Sim
( ) Não	( ) Não	( ) Não	( ) Não	( ) Não

Anamnese:

Pontos Positivos		Pontos Negativos	
>	>	>	>
>	>	>	>
>	>	>	>
>	>	>	>
>	>	>	>
>	>	>	>
>	>	>	>
>	>	>	>
>	>	>	>

Plano de cuidados/Metas propostas:

>	>
>	>
>	>
>	>
>	>
>	>
>	>
>	>

10. Medicamentos em uso / Dose Diária (mg)


10. Medicamentos prescritos / Dose Diária (mg)


( ) Encaminhamento \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ NAIS ☐ Empresa ☐

( ) Encaminhamento \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ NAIS ☐ Empresa ☐

( ) Encaminhamento \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ NAIS ☐ Empresa ☐

Profissional Responsável: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_